

Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

# A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REEDUCAÇÃO DA MARCHA NA PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

---

Relatório de Estágio apresentado para a  
obtenção do grau de Mestre na Especialidade  
Enfermagem de Reabilitação

**Elsa Carreira**

**Orientador: Mestre Joaquim Simões**

**Co – Orientadora: Professora Doutora Maria João Esparteiro**

**2012**

**janeiro**



A todos os **ENFERMEIROS COOPERANTES** que contribuíram para a concretização dos meus objetivos, passando pelas **COLEGAS DE TRABALHO** que partilharam as minhas angústias e deram todo o seu apoio para permitir a conclusão deste registo, **À FAMÍLIA** que se viu muitas vezes privada da minha atenção e cuidado, e em especial ao meu **ORIENTADOR** que me fez caminhar no sentido da vida o meu sincero **OBRIGADO**



## SIGLAS E ABREVIATURAS

Artº - Artigo

ASIA - American Spinal Injury Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CHMT – Centro Hospitalar Médio – Tejo

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMRA – Centro Medicina de Reabilitação de Alcoitão

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Electrocardiograma

EEB – Escala de Equilíbrio de Berg

Enf. – enfermeiro

EPE – Entidade Publica Empresarial

ESSS – Escola Superior Saúde Santarém

*et al/* – e outros

HCN – Horas de Cuidados Necessários

HSFX – Hospital de S. Francisco Xavier

HTA – Hipertensão Arterial

ICIM – Unidade de Cuidados Intermédios Médicos

INEM – Instituto Nacional Emergência Médica

LVM – Lesões Vertebro – Medulares

MIF – Medida de Independência Funcional

NHISS – National Institutes of Health Stroke Scale

Nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

P. - página

PI[C]O – População, Intervenção, Comparação e Outcomes.

RGA – Reabilitação Geral de Adultos

rTPA – Activador do Plasmogénio Tecidular Recombinante

SAM – Sistema de Apoio Médico

SAPE – Sistema de Apoio Processo Enfermagem

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico



TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

TVP – Trombose Venosa Profunda

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios Médicos

U – AVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral





## RESUMO

O presente trabalho consiste numa análise crítica ao desenvolvimento do Estágio II, na área da Neurologia e Neuro – traumatológica, contextualizado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Dessa reflexão emergiu uma área temática, de interesse enquanto enfermeiros de reabilitação, no cuidado especializado ao indivíduo com alterações neurológicas. Essa área diz respeito á importância da marcha como fator predisponente para a incidência das quedas na pessoa com alterações neurológicas, tornando-se óbvio o impacto deste evento não só nas repercussões pessoais como nas repercussões sociais.

A pertinência desta questão é suportada pelos estudos que apontam os défices motores, contendo as alterações da marcha decorrentes de uma hemiplegia após um ACV ou um TCE, como fatores facilitadores para a ocorrência de quedas, interferindo na independência funcional da pessoa.

Para resolução da problemática, foi utilizada a metodologia PI[C]O. Após a definição da pergunta de partida, dos descritores de pesquisa e dos critérios de inclusão/exclusão foram selecionados para análise 4 documentos de uma amostra inicial de 13, retirados das bases de dados científicas/ plataformas de pesquisa [CINAHL Plus with full text](#) e [MEDLINE with full text](#).

Da análise dos artigos consultados constatou-se que a intervenção enfermeiro de reabilitação, na reeducação da marcha contribui para a minimização do risco de queda na pessoa com alterações neurológicas.

O enfermeiro especialista de reabilitação domina um conjunto conhecimentos e procedimentos técnicos, humanos e relacionais, contribuindo com estratégias de intervenção da sua competência, tendo um papel preponderante na avaliação da funcionalidade da pessoa com incapacidade ao identificar os fatores predisponentes à queda, no sentido de otimizar a capacidade da marcha da pessoa, dando-lhe a oportunidade se reintegrar na sociedade.

O êxito na tomada de decisão para as suas intervenções, advém da capacidade de integrar a melhor evidência científica.

**Palavras-chave:** Reabilitação, AVC, Traumatismo Crânio Encefálico, Marcha, Quedas



## ABSTRACT

The present work consists in a critical analysis to the development of Stage II, in the area of Neurology and Neurotraumatics, contextualized in a Master Degree in Rehabilitation Nursing. This reflection emerged as a thematic area of interest while rehabilitation nurses, specialised care to individuals with neurological changes. This area relates to the importance of the walking as a predisposing factor for the incidence of falls in person with neurological changes, having become obvious the impact of this event not only in personal repercussions as in social repercussions.

The relevance of this issue is supported by studies pointing the deficits engines, containing amendments to the motion arising from a hemiplegia after stroke or a traumatic brain injury, as predisposing factors for the occurrence of falls, interfering in the person's functional independence.

The methodology PI [C] O was used for solving the problem. After setting the starting question, search descriptors and the criteria for inclusion/exclusion were selected for analysis 4 documents of an initial sample of 13, removed from scientific databases/platforms CINAHL Plus *with full search text* and MEDLINE *with full text*. Analysis of articles consulted noted that the intervention of nurse rehabilitation, in the reeducation of walking, contributes to reducing the risk of falling in individuals with neurological changes. The rehabilitation specialist nurse dominates a set knowledge and technical procedures, human and relational, contributing with intervention strategies within their competence, taking a leading role in assessing the functionality of the person with disability, to identify the factors predisposing them to fall, in order to improve the capacity of a person's walking, giving them the opportunity to become part of society once again.

Successful decision making for their interventions stems from the ability to integrate the best scientific evidence.

Keywords: Rehabilitation, Stroke, Traumatic Brain Injury, Gait, Falls



	<b>ÍNDICE</b>	<b>p.</b>
	<b>INTRODUÇÃO</b>	17
<b>1-</b>	<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	21
1.1 -	A PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	26
1.2 -	A PESSOA COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO	29
1.3 -	AS ALTERAÇÕES DA MARCHA NA PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	32
1.4 -	A IMPORTÂNCIA DAS QUEDAS	34
<b>2 -</b>	<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA</b>	39
2.1 -	FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PI [C] O	40
2.2 -	PESQUISA EM BASE DE DADOS	40
<b>3 -</b>	<b>ANÁLISE REFLEXIVA DO DESEMPENHO NO ESTÁGIO II</b>	43
3.1 -	ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOAS/FAMÍLIAS COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS	44
3.2 -	ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOAS/FAMÍLIAS COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS	54
3.3 -	ESTÁGIO EM CONTEXTO HOSPITALAR DE COMPONENTE OPCIONAL	62
<b>4 -</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	73
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	75
	<b>ANEXOS</b>	83
	ANEXO I – ABORDAGEM METODOLÓGICA	85
	ANEXO II – PROJETOS DE ESTÁGIO	97
	ANEXO III - <i>POSTER</i> : A ESPASTICIDADE NO AVC	149



<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>		p.
<b>Quadro 1 -</b>	Formulação da pergunta PI[C]0	85
<b>Quadro 2 -</b>	Artigos obtidos em pesquisa na EBSCO com os descritores isolados	86
<b>Quadro 3 -</b>	Artigos obtidos em pesquisa na EBSCO com a conjugação dos descritores, após filtro cronológico e <i>full text</i> e depois de aplicados critérios de inclusão e exclusão	87
<b>Quadro 4 -</b>	Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos	88
<b>Quadro 5 -</b>	Prevalence, predictors, and outcomes of poststroke falls in acute hospital setting	89
<b>Quadro 6 -</b>	Motor impairment after severe traumatic brain injury: A longitudinal multicenter study	90
<b>Quadro 7 -</b>	An Integrative Review of Factors Associated With Falls During Post-Stroke Rehabilitation	92
<b>Quadro 8 -</b>	Risk factors for falls in stroke patients during inpatient	93





## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge contextualizado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvido na Escola Superior de Saúde de Santarém durante os anos 2010/2011 e tem por base a Unidade Curricular Estágio II e Relatório. De forma a consolidar os conhecimentos adquiridos nos semestres anteriores, realizámos no 3º semestre do curso um estágio para o qual foi determinado a elaboração de um relatório final.

A essência deste registo assenta na finalidade do curso: Promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da autoformação e reflexividade sobre a prática.

A condição funcional da pessoa é um dos grandes indicadores da sua saúde. Manter ou recuperar a funcionalidade da pessoa num determinado contexto, considerando as relações culturais dentro do grupo em que participa como cidadão, é um dos grandes desafios para a sociedade atual.

O movimento e a capacidade de deslocação espacial da pessoa são elementos da função física extremamente importantes, constituindo-se como pré-requisitos para o desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD) e a manutenção da independência.

No perfil epidemiológico actual, tendo presente o envelhecimento da população e o desenvolvimento científico, verifica-se um aumento acrescido de pessoas com incapacidades crónicas, que se traduz na necessidade de um acompanhamento interdisciplinar com conhecimento científico actualizado, de modo a promover a autonomia da pessoa/família e, conseqüentemente, a aumentar a qualidade de vida.

Considerando a gravidade das afeções neurológicas e a grande dependência dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro de reabilitação torna-se indispensável na prestação de cuidados especializados, no sentido de promover a recuperação da saúde ao intervir na reabilitação e de prevenir complicações, possibilitando que a pessoa reassuma a sua autonomia e retorne ao seu ambiente social.

Tendo em conta os vários contextos onde desenvolvemos a nossa aprendizagem e reconhecendo o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação para a pessoa com alterações neurológicas, decidimos desenvolver a

nossa área de interesse sobre as alterações motoras, nomeadamente nos *deficits* da marcha em pessoas acometidas de AVC e TCE.

Perante estes pressupostos, desenvolvemos o Estágio II, que teve como objectivos:

- Demonstrar competências adequadas à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa /família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro – traumatológica, visando a sua independência máxima;

- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da área de especialização, de acordo com o preconizado no Plano de Estudos da ESSS para o 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e aprovado para o 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

De acordo com a metodologia proposta para o Estágio II, as aprendizagens desenvolvidas foram apoiadas nos projetos de estágio individuais, servindo estes como um suporte de orientação e desenvolvimento do ensino clínico, não só para os mestrandos como também para os enfermeiros cooperantes e professores orientadores.

No desenvolvimento deste relatório, optou-se por referenciar os objetivos delineados para cada contexto, de forma a sistematizar as atividades que permitiram a sua operacionalização.

Em concordância com os objetivos do curso e no seguimento da Unidade Curricular Estágio II, a elaboração deste registo corresponde assim à última fase do processo de planeamento, a avaliação. A sua utilidade prática passa pela descrição e análise das atividades desenvolvidas em ensino clínico recorrendo à metodologia científica, pela reflexão sobre as práticas de forma crítica e construtiva tendo em conta a prática baseada na evidência, pela fundamentação das competências adquiridas com o intuito de desenvolver a capacidade de autoanálise e autocrítica e contribuir não só para a tomada de consciência de vulnerabilidades mas também para a consolidação de conhecimentos, com recurso à revisão sistemática da literatura.

Houve a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na prática clínica e com este relatório pretendemos aprofundar as nossas competências no uso da metodologia científica, numa perspetiva cada vez mais rigorosa e crítica.

Desta forma, com o intuito de promover a reflexão na ação e sobre a ação e desenvolver competências na área da revisão sistemática da literatura tendo como suporte a Prática Baseada na Evidência, foi usada a metodologia PI[C]O para enunciar

a questão de partida: “A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação da marcha minimiza o risco de queda na pessoa com alterações neurológicas?”, sendo abordado o protocolo de pesquisa no capítulo da Abordagem Metodológica.

A sistematização estrutural deste relatório compreende a introdução, o enquadramento teórico, a abordagem metodológica escolhida, a análise reflexiva do desempenho no Estágio II e a conclusão. No capítulo do enquadramento teórico, pretendemos incluir conteúdos teóricos que, na nossa perspetiva, são pertinentes para a perceção dos diferentes contextos. Na abordagem metodológica, apresentamos o protocolo de pesquisa através da metodologia PI[C]O. No capítulo da análise reflexiva, pretendemos descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas, tendo em conta a identificação do conhecimento mais atualizado sobre a temática escolhida. Na conclusão, salientamos a análise crítica dos principais aspetos, as considerações finais sobre a aprendizagem e os principais contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional, assim como as dificuldades e limitações sentidas ao longo deste relatório.

Pretendemos, no final, que este relatório seja objeto de apreciação e discussão pública com vista a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.



## 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo integra a sistematização dos conteúdos temáticos que se evidenciaram, formulando os pontos de referência teóricos e os conceitos fundamentais que estruturarão a análise e a reflexão do Estágio II.

Perante a tendência acentuada do envelhecimento da população a nível mundial, assiste-se ao aumento de pessoas portadoras de doenças incapacitantes. Esta situação reflete-se num aumento das necessidades assistenciais, com custos elevados para os cuidados de saúde e para a sociedade.

A sobrevivência à doença e aos traumatismos graves tem vindo a aumentar e, conseqüentemente há um acréscimo de pessoas com alterações funcionais importantes e complexas, que requerem cuidados mais especializados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) aprovou o sistema de classificação definitivo para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esta classificação aborda a funcionalidade, sendo que esta contempla todas as funções do corpo e a capacidade da pessoa para a realização das AVD como um dos componentes da saúde e considera o ambiente como um factor facilitador ou como barreira para o seu desempenho, bem como a sua participação na sociedade. Desta forma, a incapacidade abrange as diferentes manifestações de uma doença, como a perda das funções do corpo, a dificuldade no desempenho das atividades diárias e as desvantagens na interação da pessoa com a sociedade.

A capacidade funcional está, assim, relacionada com conceitos como a deficiência, incapacidade, desvantagem. A deficiência para HESBEEN (2003) é reconhecida como uma alteração da estrutura anatómica, fisiológica ou psicológica de uma pessoa e a incapacidade resulta da consequência funcional de uma deficiência. Já HOEMAN (2011) reforça que a incapacidade é a manifestação de uma limitação física ou mental, num determinado contexto social.

As deficiências e as incapacidades podem atingir qualquer idade, sendo inatas por transmissão genética ou adquiridas por afecções diversas. A pessoa com deficiência e incapacidade pode encontrar ou não desvantagens (*handicaps*) ao longo da sua vida. HESBEEN (2003) nomeia a desvantagem ou *handicap* como uma situação prejudicial, associada a determinados obstáculos com que a pessoa e os seus mais próximos se confrontam no dia-a-dia, decorrentes de uma deficiência, de

uma incapacidade ou de características particulares. Estes obstáculos geradores potenciais de desvantagens podem ser identificados a nível pessoal (diminuição da auto-estima), no ambiente físico (barreiras arquitectónicas), ambiente humano (discriminação social), ambiente administrativo e financeiro (perda de poder económico).

Pelo que atrás foi referido, concordamos com HESBEEN (2003) quando define a reabilitação como a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem.

São várias as deficiências que provocam a limitação da actividade. Estas manifestações restritivas surgem como consequência de determinadas patologias ou simplesmente associadas ao processo fisiológico do envelhecimento.

Tendo em conta que o objectivo mais abrangente da Reabilitação é permitir que as pessoas com incapacidades possam definir as suas vidas do modo que desejam no contexto das restrições impostas, a enfermagem de reabilitação revê-se no desafio de se dedicar à intervenção com as pessoas com incapacidades físicas, permanentes ou temporárias. Tem, assim, o intuito de restaurar a capacidade funcional da pessoa ou ajudá-la a adaptar-se à sua nova situação de saúde. A enfermagem de reabilitação contribui para a redução da sobrecarga da incapacidade, tanto qualitativamente para a pessoa, como quantitativamente para a sociedade onde esta se encontra inserida.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2002), a enfermagem de reabilitação é a especialidade que presta cuidados individualizados ao nível da prevenção, na promoção da autonomia e na independência funcional, diminuindo os efeitos das deficiências e das desvantagens adquiridas.

Na perspectiva de CECATTO e ALMEIDA (2010), a reabilitação pretende não só ter resultados na recuperação precoce dos *deficits* mas também prepara a pessoa para se reintegrar na comunidade, com a melhor capacidade funcional possível, independência e qualidade de vida.

No âmbito das doenças crónicas e/ou incapacitantes, as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são pertinentes e imprescindíveis, uma vez que se tratam de áreas onde a dependência funcional da pessoa está em causa. O exercício do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é hoje reconhecido e regulamentado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, onde se encontram definidas as competências especialmente vocacionadas para cuidar, capacitar a pessoa com necessidade de cuidados especiais, com deficiência, limitação

da atividade ou restrição da participação na sociedade, assim como desenvolver as capacidades desta ao maximizar a sua funcionalidade (Regulamento nº 125, 2011).

Para HESBEEN (2003), a eficácia da ajuda do enfermeiro de reabilitação só poderá ser real se fizer sentido para a existência de quem é cuidado, indo ao encontro das suas necessidades. O enfermeiro de reabilitação ao recorrer aos seus saberes e ao conceptualizar a pessoa como um todo indissociável, com capacidades e a possibilidade de tomar decisões sobre a sua saúde, torna-o um verdadeiro parceiro nos cuidados de saúde.

Deste modo, a Enfermagem de Reabilitação surge direccionando o seu foco de atenção para a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, tal como para a readaptação funcional aos défices e processos de vida, não deixando de parte a reinserção social de cada pessoa. Pretende promover a autonomia do indivíduo ao nível das atividades de vida, melhorar a função, limitar as incapacidades, preservar a auto-estima e, acima de tudo, dar qualidade de vida à pessoa e/ou família ao longo do ciclo vital.

Tendo em conta estes pressupostos, consideramos que a aplicação de uma teoria de enfermagem confere maior qualidade e cientificidade ao cuidado, uma vez que as pessoas apresentam, na sua maioria, limitações para realizar as AVD. No decurso disto, parece-nos adequado o uso do Modelo de Enfermagem de ROPER, LOGAN e TIERNEY.

Este referencial teórico serviu de instrumento para o reconhecimento dos défices na realização das actividades diárias ao longo do Estágio II, visando o planeamento e a implementação de actividades de enfermagem de reabilitação.

Para ROPER, segundo HOEMAN (2011), o seu modelo baseia-se no desempenho de atividades de vida diária, ao longo do ciclo vital, num *continuum* de dependência - independência. São consideradas atividades de vida diárias, todas as aquelas que as pessoas fazem no seu quotidiano durante as suas vidas no cumprimento dos seus papéis sociais. Quando as pessoas são incapazes de cumprir as suas tarefas de forma independente, estarão perante uma situação de necessidade de ajuda.

Neste modelo são contempladas doze atividades de vida: Manutenção de um Ambiente Seguro, Comunicação, Respiração, Alimentação, Eliminação, Higiene Pessoal e Vestuário, Controlo da Temperatura do Corpo, Movimento, Trabalho e Lazer, Expressão da Sexualidade, Sono e Morte.

Apesar desta classificação, as atividades de vida têm uma estreita relação entre si; desse modo, qualquer alteração em uma das atividades implica modificações no desenvolvimento das demais.

Cada pessoa tem uma duração de vida que vai do nascimento até a morte e as fases de vida – latência, infância, adolescência, idade adulta, velhice – influenciam o comportamento individual em cada atividade de vida. Ou seja, o modo como são desenvolvidas as actividades de vida sofre enorme influência da idade em que se encontra o indivíduo. Essa compreensão é fundamental para que o cuidado seja adequado e eficaz.

Deste modelo faz parte ainda o componente denominado grau de dependência/independência, que está intimamente relacionado com as etapas da vida e com os factores que influenciam as atividades de vida. Inclui o reconhecimento da existência de estadios nas etapas de vida em que uma pessoa não pode ainda (ou por várias razões não pode mais) realizar certas atividades de vida de forma independente. Cada pessoa deve ter um estado de dependência/independência para cada uma das atividades de vida e ao desenvolvê-las (a qualquer momento do estágio de vida e com graus vários de independência), fá-lo de forma diferente.

Estas diferenças emergem dos factores que influenciam as atividades de vida, descritos em cinco grupos principais: físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos, resultando num mecanismo de avaliação das necessidades e tendo em conta o caminho para a autonomia.

As atividades de vida, as etapas da vida, o grau de dependência/independência e os fatores que influenciam as atividades de vida estão interligados. Na nossa opinião, o modelo possui um conceito simples do processo complexo de “viver”. No entanto, a preocupação é a vida tal como é vivida por cada indivíduo e o seu componente final – a individualidade – serve para enfatizar este ponto.

Foi neste sentido que adoptámos o Modelo Teórico de Roper, Logan e Tierney, dado que, no nosso entender, é o modelo de enfermagem mais apropriado para certificar o padrão de cuidados de enfermagem especializados que interiorizámos durante o nosso percurso de aprendizagem.

De acordo com os pressupostos deste trabalho, direccionámos a nossa atenção fundamentalmente para as actividades de vida **Manter Ambiente Seguro e Movimento**.

### **MANTER UM AMBIENTE SEGURO**

Muitas são as especificidades desta actividade de vida. No entanto, podem ser incluídas nela, todas as acções pessoais, laborais, sociais e políticas que permitam prevenir riscos potenciais, diminuir a influência de fatores externos ou promover a adaptação das pessoas ao meio em que vivem. De acordo com a incapacidade de cada um, devem ser adotadas medidas de proteção e segurança para evitar acidentes e tornar o **ambiente mais seguro para a pessoa**.



Por isso, ROPER (1995) referia que na sequência de doença temporária, acidente ou doença crónica, é necessário proceder a adaptações no domicílio para colmatar as necessidades identificadas, promover a autonomia das pessoas e ajudar os familiares a cuidar das pessoas, proporcionando-lhes a melhor qualidade de vida.

Diariamente a pessoa ao desenvolver variadas atividades, está exposta a múltiplos riscos que lhe podem causar doença, traumatismos ou infecções e nas quais é preponderante algum cuidado em manter o ambiente seguro. Neste sentido, é relevante que a pessoa numa situação de doença e de acordo com a incapacidade, deficiência ou *handicap* tenha dificuldade em conseguir atingir ou manter a independência nesta atividade de vida.

Existem várias razões pelas quais uma pessoa possa não conseguir manter a independência nesta atividade. Tendo em conta os pressupostos deste trabalho, parece-nos adequado referenciar uma das causas mais pertinentes como são os problemas físicos e sensoriais, onde o movimento é essencial para o desenvolvimento das várias atividades que se destinam a manter o ambiente envolvente mais seguro. Por exemplo, o equilíbrio diminuído pode interferir capacidade da marcha e aumentar o risco de queda numa pessoa com uma paresia ou a perda da sensibilidade ou a diminuição sensorial de um paraplégico pode aumentar o risco de desenvolver úlceras de pressão.

### **MOVIMENTO**

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011), a mobilidade é entendida como o movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento.

Interpretada como uma atividade de vida no modelo teórico de ROPER, LOGAN e TIERNEY (1995), esta inclui o movimento produzido por grupos de grandes músculos, permitindo à pessoa adquirir a posição de sentado, ortostática, efectuar marcha, assim como pequenos músculos incluídos que produzem movimento tais como a expressão facial, movimentos finos e respiratórios. A mobilidade é uma adjuvante para a realização das restantes atividades de vida diária e, exige capacidade de contracção muscular, força, coordenação, equilíbrio e cinestesia.

O movimento é indispensável à manutenção da estabilidade estrutural e ao metabolismo do sistema esquelético muscular e exige uma tonicidade de base e um trabalho dos músculos esqueléticos. Os esforços mecânicos diários da atividade normal ajudam a manter e aumentar a força e coordenação dos músculos, permitindo o equilíbrio de forças de modo a manter a solidez óssea e capacidade de suportar o peso do corpo.

De acordo com HOEMAN (2011), a AV Movimento está dependente do ciclo ou duração de vida, sustentando que pode sofrer alterações de acordo com fatores intrínsecos, como sejam o crescimento, a maturação e o envelhecimento ou, por outro lado, os fatores extrínsecos como o ambiente.

## 1.1 - A PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A nível mundial, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um dos problemas de maior relevância em termos de saúde pública, surgindo na terceira posição como causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos. Em Portugal, situa-se no topo da lista como a principal causa de dependência e de incapacidade (DGS, 2010).

O AVC resulta de uma restrição do aporte sanguíneo ao cérebro, que provoca lesões celulares e compromisso da função neurológica. Estas lesões são provocadas por enfarte, devido a isquémia ou hemorragia, resultando num comprometimento da função cerebral. Os défices motores caracterizam-se pela paralisia ou parésia de metade do corpo, a qual é denominada de **hemiplegia** e é contralateral à lesão cerebral.

A OMS (2002) define o AVC como “um sinal clínico de rápido desenvolvimento de perturbação da função cerebral de suposta origem vascular e com mais de 24 horas de evolução (...), com sintomas e sinais correspondentes ao comprometimento de áreas focais do cérebro” sabendo-se que a maioria dos sobreviventes apresenta deficiências neurológicas e incapacidades residuais importantes, o que faz desta patologia a primeira causa de incapacidade funcional do mundo ocidental.

Sendo o AVC uma patologia cuja incidência e a enorme prevalência de sequelas que levam rapidamente a uma dependência para as AVD, é fundamental iniciar um programa de reabilitação precoce, para diminuir o agravamento das sequelas e capacitar as pessoas para a realização das atividades de vida da forma mais independente possível.

As manifestações clínicas presentes na pessoa com AVC envolvem comumente alterações motoras e sensitivas prejudicando a função física. Embora a manifestação mais clássica seja a hemiplegia, a pessoa apresenta ainda uma série de alterações tais como, alteração do tônus muscular, sendo que numa primeira fase apresenta *flacidez*, passando rapidamente para uma segunda fase, denominada *fase espástica* (BRANCO, 2010).

Segundo BRANCO e SANTOS (2010), as alterações resultantes do AVC estão relacionadas com o hemisfério cerebral atingido, sendo a localização da lesão determinante nas manifestações que podem ocorrer na pessoa.

Na pessoa com AVC é frequente verificar-se a ausência das reacções posturais no hemicorpo afectado, o que a impede de realizar um padrão normal de postura e de movimento, essencial para a realização das atividades de vida diárias.

Estão ainda presentes alterações da sensibilidade, quer superficial quer profunda, do campo visual, (a *hemianópsia* é a mais frequente), da linguagem (*afasias* ou *disartrias*), alterações mentais, do comportamento, do humor e ainda perturbações esfinterianas (DGS, 2010).

Neste registo, dar-se-á ênfase às alterações da função motora, que se caracterizam pela fraqueza, alteração de tónus e movimentos estereotipados, que contribuem para a dificuldade em realizar as AVD. O *deficit* motor caracterizado pela perda ou diminuição da mobilidade e da força dos membros ou de um hemicorpo, que leva à perda da selectividade de movimentos por predomínio dos músculos antagonistas, prejudica não só a realização das atividades de vida, como o retorno ao trabalho e ao convívio social, trazendo um impacto negativo na recuperação global da pessoa.

A capacidade de se mobilizar é uma característica de todos os seres vivos, sendo uma actividade humana necessária e valorizada por estes. No entanto, não se dá o devido valor a essa capacidade até que haja conjunturas que intervenham com o sistema músculo-esquelético e nas vias associadas. De acordo com LAZZARESCHI (2010), a locomoção normal dos seres humanos é uma complexa tarefa motora que envolve a interacção do sistema neuromuscular agindo sobre o sistema músculo-esquelético; os padrões de marcha evidenciam-se cedo e exibem mudanças de desenvolvimento no ciclo da vida.

Decorrente da hemiparésia, a perda da capacidade da marcha de forma independente é uma das consequências mais comuns no AVC. Na perspectiva de FRANZOI e KAGOHARA (2007), o *deficit* da marcha é causada pela diminuição do controle muscular voluntário e o início da hiperactividade dos reflexos de alongamento, que limitam os movimentos dos membros viabilizando o uso da função motora residual. Um dos mecanismos envolvidos na instalação deste quadro é a lesão das vias neuronais descendentes, que provoca anomalias no padrão espaço-temporal de recrutamento das unidades motoras, prejudicando a habilidade dos músculos em gerar tensão pela alteração nos padrões de iniciação e execução dos movimentos, interferindo directamente na função locomotora das pessoas.

O desequilíbrio está entre os principais problemas que surgem após o AVC, sendo um factor importante na recuperação da postura de sentado, em pé e da marcha.

Segundo TEIXEIRA *et al* (2009), a hemiparésia pode dificultar a actividade motora voluntária quando há um quadro de espasticidade instalada que torna os movimentos estereotipados e típicos.

Para OVANDO (2009), a deambulação independente está directamente relacionada com o equilíbrio e a motricidade dos membros inferiores. Durante a marcha, a actividade muscular dos membros inferiores tem de ser bem coordenada para oferecer apoio, equilíbrio dinâmico, propulsão e o afastamento do pé.

Por ser uma atividade quotidiana, o padrão de marcha é bem definido e característico de cada pessoa e a recuperação da capacidade de caminhar é muito importante para quem é acometido por um AVC. Corroborando opiniões similares, o mesmo autor defende que a incapacidade adquirida após o AVC pode limitar a independência física, para além de alterar a qualidade de vida da pessoa, ocasionando um grande impacto socioeconómico.

A fragilidade muscular é reconhecida como uma das alterações mais significativas presentes após o AVC sendo um fator limitante para a recuperação funcional da pessoa, atrasando o ganho funcional das pessoas hemiparéticas ao longo do processo terapêutico.

A reabilitação destas pessoas torna-se assim um grande desafio para as equipas interdisciplinares e os esforços para minimizar o impacto da doença e aumentar a recuperação funcional após AVC são aspetos importantes para estes profissionais.

Neste sentido, VENTURA (2000) refere que a reabilitação deve iniciar-se logo que a situação clínica o permita. Esta intervenção precoce tem como objectivos: prevenir a espasticidade, manter a amplitude dos movimentos e evitar deformações; melhorar a função respiratória e motora, mobilizar a pessoa nas atividades funcionais iniciais desde a mobilização no leito, ao acto de sentar, ao ficar de pé e transferências, melhorar o controlo do tronco e equilíbrio na posição de sentado e iniciar as actividades de auto-cuidado.

Estas pessoas necessitam de muito incentivo, de ensino e treino nas actividades de vida, podendo haver necessidade de recorrer a alguns produtos de apoio para colmatar os compromissos funcionais resultantes da hemiplegia.

## 1.2 – A PESSOA COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

As lesões cerebrais e vertebro-medulares de origem traumáticas são devastadoras do ponto de vista orgânico e psicológico, não só para as pessoas que as sofrem e para as suas famílias, tal como para a sociedade em geral, tornando-se uma tarefa árdua para a equipa interdisciplinar que os acompanha. Os efeitos pessoais e sociais são profundamente significativos, pois conferem muitas vezes incapacidade permanente a essas pessoas que são, na sua maioria, adultos e jovens (BRUNNER, 2011).

O traumatismo crânio encefálico (TCE) é reconhecido como o resultado de uma agressão ao cérebro por uma força externa, trazendo repercussões neurológicas que podem ser temporárias ou permanentes, de natureza cognitiva ou sensório-motor. De acordo com KHAN *et al* (2003), esta lesão tem uma maior prevalência do que a LVM, sendo dez vezes mais comum.

De acordo com estes autores, a sua incidência verifica-se em jovens adultos coincidindo com eventos importantes como o desenvolvimento da sua escolaridade ou da sua carreira profissional. SOUZA *et al* (2009) referem que esta lesão tem como causas de maior prevalência os acidentes de viação, agressões, as quedas, acidentes com armas de fogo e a prática de desportos.

Do ponto de vista anatomo- fisiológico, o sistema nervoso divide-se em Sistema Nervoso Central (SNC), que é composto por várias estruturas presentes no crânio (o encéfalo, tronco cerebral e cerebelo) e na coluna vertebral (a medula espinal) e o Sistema Nervoso Periférico (SNP) sendo que este último é constituído pelos nervos cranianos e pelos nervos periféricos, formando uma rede de nervos que liga as estruturas centrais a todas as partes do organismo. Estas duas partes do sistema nervoso apresentam funções diferentes, sendo que o SNC encarrega-se da recepção e do processamento da informação proveniente do interior e do exterior do organismo, a qual é recolhida pelo SNP, de modo a elaborar as respostas adequadas, posteriormente transmitidas aos órgãos que as executam através dos nervos. Embora os processos mentais como a actividade consciente e voluntária, sejam realizados nas estruturas superiores, nomeadamente no cérebro, a actividade inconsciente e involuntária, que permite adaptar o funcionalismo orgânico as diferentes necessidades do organismo é controlada pelo sistema nervoso somático ou autónomo (BRUNNER, 2011).

No decurso de uma alteração em qualquer das partes que compõem o SNC ou o SNP devido a uma doença ou traumatismo, as funções do organismo são alteradas, podendo haver comprometimento destas de forma permanente, de acordo como grau

da lesão. Assim, o TCE pode ser classificado como *leve*, *moderado* e *grave*, sendo que o prognóstico depende dos aspectos anatómicos e evolutivos do TCE (BRUNNER, 2011).

As lesões cerebrais são ainda classificadas segundo o critério temporal e topográfico, sendo que existem lesões primárias que ocorrem no momento do traumatismo e lesões secundárias que decorrem das agressões e se iniciam após o momento do acidente (resultantes das interações de factores intra e extracerebrais) que podem inviabilizar a sobrevivência da pessoa (ANDRADE *et al*, 2009). Podem ainda ser divididas em focais e difusas de acordo com a extensão das lesões.

Nos TCE são utilizadas **escalas** para avaliar o comprometimento neurológico, como a Escala de Coma de Glasgow (ECG), sendo esta uma escala neurológica que parece constituir-se no método mais confiável para determinar o grau de envolvimento cerebral de uma pessoa, fornecendo orientações relativamente ao prognóstico. Essa escala atribui pontos ao desempenho da pessoa na *abertura dos olhos*, nas *respostas verbais* e nas *respostas motoras*, atingindo um total que pode variar entre 3 pontos (nenhuma resposta) e 15 pontos (resposta normal). Baseado nessa escala, o TCE com pontuação inicial entre 3 a 8 é classificado como *grave*, aqueles com pontuação entre 9 a 12 como *moderados* e os demais como *leves* (HOEMAN, 2011).

Ultrapassado o risco de vida da fase aguda de um TCE, podem ocorrer comprometimentos específicos nos componentes de desempenho, como as *consequências sensoriomotoras* (hemiparésia e dupla hemiparésia com hipertonía e/ou espasticidade, alterações de equilíbrio e coordenação, alterações sensoriais e sensitivas, distúrbios na fala, linguagem e deglutição) e as *consequências cognitivas* (falta de concentração, organização e planeamento, tomada de decisão e resolução de problemas, noções de segurança e raciocínio, e déficits de memória remota ou recente), que estão directamente relacionadas com a localização das lesões. Desta forma, ao afectar a capacidade funcional, cognitiva, comportamental e emocional da pessoa, poderá comprometer a satisfação das actividades de vida diária de uma forma independente.

De acordo com SILVEIRA *et al* (2011), é da competência do enfermeiro inserido numa equipa interdisciplinar, contribuir para a diminuição dos riscos de desenvolvimento de sequelas e das complicações decorrentes de um processo de doença, promovendo cuidados de enfermagem individualizados e de uma forma holística integrar todos os componentes no processo de reabilitação.

Assim, o enfermeiro inserido numa equipa detém competências e tem um papel preponderante na avaliação das capacidades da pessoa. Avalia e estabelece objetivos terapêuticos conjuntamente com os outros elementos da equipa interdisciplinar, sendo

esta a forma de proceder a aprendizagens direccionadas para a independência da pessoa na realização das AVD.

O enfermeiro mobiliza as escalas que lhe permitem parametrizar a evolução da funcionalidade no decurso de todo o processo de reabilitação, como é o caso da *Medida de Independência Funcional* (MIF) e o *Índice de Barthel*. A MIF é um instrumento amplamente reconhecido nos planos de reabilitação e foi criada com o intuito de se conseguir quantificar a capacidade funcional na pessoa em processo de reabilitação permitindo direccionar de forma mais adequada os seus objectivos. Trata-se de uma escala ordinal com 7 níveis, sendo que cada um, tem uma pontuação máxima de 7 e mínima de 1. Permite medir a incapacidade em várias categorias de desempenho funcional, que são: alimentação, vestir a parte superior do corpo, vestir a parte inferior do corpo, utilizar as instalações sanitárias, controlo vesical e intestinal, transferências cama/cadeira/cadeira de rodas, transferência para o sanitário, para a banheira ou chuveiro, locomoção, comunicação e cognição social (HOEMAN, 2011).

Outro dos instrumentos utilizado para avaliação do grau de independência nas AVD é o Índice de Barthel, que avalia o nível de independência da pessoa para realização as actividades de vida diárias: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (HOEMAN, 2011).

Na perspetiva de MACHADO (2005), incluem-se nas incapacidades residuais de um TCE a perda da mobilidade no leito, a incapacidade em deambulação e a perda da independência nas AVD, decorrentes de uma alteração sensoriomotora como a hemiplegia, que pode ser acompanhada ou não de alterações cognitivas.

Na opinião de RIBEIRO *et al* (2008), é referido que a hemiplegia direita está, habitualmente, associada a quadros de afasia, nomeadamente a afasia motora, onde há razoável preservação da compreensão e comprometimento da fluência e produção da fala, enquanto na hemiplegia esquerda se verificam alterações sensório - motoras e razoável preservação das funções corticais superiores.

De acordo com os objetivos deste relatório, pretendemos abordar as consequências sensoriomotoras decorrentes de um TCE, nomeadamente aquelas que contribuem para a dificuldade na realização da marcha. De acordo com SCHERER (2007), as pessoas vítimas de TCE podem apresentar dificuldades na marcha, instabilidade postural, deficits de coordenação, função e controle motor, espasticidade e encurtamentos.

Corroborando OLIVEIRA *et al* (2008), pensamos que duas das principais intervenções a serem consideradas na reabilitação da pessoa vítima de TCE são a *reeducação funcional respiratória* e a *reeducação funcional motora*, com a

manutenção da amplitude de movimento de todas as articulações e o reforço das capacidades remanescentes da pessoa, uma vez que o objectivo global da reabilitação é proporcionar à pessoa o retorno às atividades diárias da forma mais independente possível.

É evidente que a pessoa com TCE encontra limitações nas atividades de vida, sendo o programa de reabilitação determinante para a aquisição de uma maior autonomia e independência, permitindo-lhe a reintegração na sociedade. O restabelecimento da marcha é um dos principais objectivos da reabilitação das pessoas com TCE e, para tal, é necessário controlo postural, equilíbrio e coordenação suficientes para permitir uma deambulação segura, com o mínimo de risco de quedas.

Assim, consideramos que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é o elemento essencial na equipa interdisciplinar para avaliar, planear, e implementar e monitorizar os planos de intervenção direccionados para a prevenção de complicações e recuperação funcional da pessoa, tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração na sociedade, conforme é definido pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nº 125/2011.

### 1.3 – AS ALTERAÇÕES DA MARCHA NA PESSOA COM DOENÇA NEUROLÓGICA

A marcha normal é o movimento que se observa com o deslocamento do corpo no sentido anterior de maneira eficiente, em que o centro de gravidade no corpo descreve uma curva sinusoidal de mínima amplitude nos planos horizontal e vertical.

Esta actividade funcional reveste-se de alguma complexidade, durante a qual são necessários movimentos repetitivos dos membros inferiores, que incluem períodos de descarga do peso e períodos em que os membros inferiores se deslocam livremente no solo (MOREIRA *et al*, 2004).

Existem duas fases principais na marcha, sendo que a primeira é a *fase de suporte*, em que o pé está no solo e suporta o corpo e a segunda que é a *fase de balanço*, em que o mesmo pé está elevado do solo e movimenta-se de forma pendular até tocar o solo quando o ciclo se reinicia.

De acordo com os mesmos autores, é necessário executar um conjunto de comportamentos motores de forma coordenada para realizar a marcha, nomeadamente a inclinação, rotação e deslocação lateral pélvica, a flexão do joelho e a flexão plantar.

Em pessoas saudáveis, a marcha segue um padrão estereotipado de movimentos que se repetem com pouca variabilidade, embora a forma como cada um



a executa seja única. No entanto, o padrão da marcha pode sofrer alterações por problemas neurológicos ou outro tipo de patologias.

Para que a marcha se torne num conjunto de movimentos coordenados e eficientes é necessária a manutenção do sistema nervoso central, ou seja, onde se envolve a manutenção do equilíbrio em ângulo recto com a direcção do movimento. Conforme o indivíduo oscila para frente e para trás, os receptores sensoriais visuais somatossensoriais e vestibulares detectam essas oscilações e geram respostas compensatórias nos músculos adequados (MOREIRA, *et al* 2004).

De acordo com estes autores, a possibilidade para a locomoção numa postura bípede depende da sustentação antigravitacional do corpo, da passada, da manutenção do equilíbrio e de um meio de impulso, sendo que, na presença de doenças neurológicas, a locomoção fica comprometida quando um ou mais destes princípios mecânicos são impossibilitados de trabalhar usualmente.

É reconhecido que decorrente das alterações neurológicas, a pessoas com TCE apresenta perda da capacidade de deambulação e a perda da independência nas AVD, decorrentes de uma alteração sensoriomotora como a hemiplegia (MACHADO, 2005).

Também WEATHERALL *et al* (2004) referem que em pessoas com hemiparésia são observados com frequência desequilíbrios posturais e disfunções relacionadas com a força e o padrão de recrutamento muscular, comprometendo a execução dos movimentos cíclicos da marcha que envolvem a coordenação e a alternância de movimentos entre os segmentos corporais. Assim, mesmo que a pessoa recupere a marcha independente, apresenta quase sempre comprometimentos na eficiência e no gasto energético da marcha, desencorajando-a à prática da deambulação, o que lhe aumenta o risco de queda.

O funcionamento fisiológico dos mecanismos que em conjunto desencadeiam o processo de marcha normal, como o tônus, o controle motor, a coordenação motora, a força muscular, o equilíbrio e o sistema sensorial, dependem do Sistema Nervoso Central. Portanto, uma lesão neurológica que afecte directamente a função da área lesada desencadeia alterações na marcha, condicionando o desempenho nas AVD, uma vez que estas dependem muitas vezes da capacidade da pessoa em manter o ortostatismo e mover-se sobre os dois pés.

Na pessoa com TCE, a recuperação funcional e o nível de independência funcional depende do grau, da localização e do tipo de TCE, sendo que os objectivos a delinear pela equipa de reabilitação vão depender de uma avaliação das capacidades motoras e funcionais, com o intuito de prevenir complicações secundárias decorrentes desta lesão. É relevante avaliar o controlo postural, os movimentos voluntários, a

amplitude do movimento, o tónus muscular passivo e activo, a sensibilidade, a capacidade e o potencial funcional, assim como o grau de independência para as actividades de vida.

Na perspetiva de MIMOSO *et al* (2008), corroborada por outros autores, a mobilização é actualmente apontada como um benefício em termos fisiológicos, melhorando as funções cárdio-respiratórias, a capacidade muscular, a resistência ao esforço e a capacidade de realizar as AVD. A mobilização torna-se, assim, fundamental para minimizar as consequências de uma doença neurológica, contribuindo para um menor risco de complicações e menor declínio funcional, ajudando a melhorar a qualidade de vida da pessoa.

Segundo GREVE *et al* (2008), o ortostatismo da pessoa para o treino da AVD é um dos objectivos do programa de reabilitação, sendo reconhecido o seu benefício não só na componente psicológica mas também na componente física, repercutindo-se em melhorias ao nível das funções cárdio - respiratórias e musculo – esqueléticas, contribuindo para a diminuição da espasticidade. O início da posição ortostática é conseguido muitas vezes através de dispositivos como as pranchas ortostáticas, de forma gradual e com o uso de cinta abdominal e meias elásticas.

No final de um programa de reabilitação, preconiza-se que a pessoa com TCE tenha atingido o seu processo de adaptação à sua nova condição e que tenha adquirido a maior independência possível, de acordo com seu potencial residual.

Desta forma, o restabelecimento da locomoção, mesmo recorrendo a dispositivos técnicos, é um dos principais objectivos da reabilitação, uma vez que a possibilidade de deambular tem implicações tanto na segurança como na independência da pessoa, contribuindo seguramente para a sua reinserção na sociedade.

#### 1.4 – A IMPORTÂNCIA DAS QUEDAS

Segundo AGUIAR e ASSIS (2009), a queda pode ser definida como evento não intencional que leva à mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial.

De acordo com vários estudos referenciados por estes autores, os acidentes por quedas são uma importante causa de mortalidade, morbilidade e incapacidade entre a população, sobretudo idosa. Mesmo quando provocam lesões mínimas, podem afectar seriamente a qualidade de vida das pessoas, conduzindo ao medo de cair com consequentes restrições de actividades, mobilidade, diminuição da actividade física, isolamento social e depressão.

As quedas geralmente ocorrem como um somatório de fatores de risco intrínsecos (idade, défices visuais e vestibulares, doenças cardíacas ou neurológicas, diminuição da força muscular e flexibilidade e equilíbrio deficiente) e extrínsecos (mobiliário, chão, tapetes, degraus, escadas, iluminação deficiente e animais domésticos) sendo difícil restringir um evento de queda a um único fator de risco ou a um agente causal. No entanto, a instabilidade da marcha e os distúrbios neuromusculares constituem um dos principais fatores que resultam na queda da pessoa.

Assim, na nossa opinião, a prevenção das quedas deve incidir na identificação de fatores de risco, que podem fomentar as situações de quedas, para que se possam corrigir aqueles que são passíveis de serem corrigidos e considerar que existe muitas vezes a necessidade de readaptar o ambiente onde a pessoa irá socializar.

Na perspetiva de JACKSON e JACKSON (2007), a avaliação, diagnóstico e intervenção de enfermagem voltados para o risco de quedas devem basear-se no uso da *Escala de Morse*. Esta escala permite uma avaliação confiável e sistemática dos fatores de risco associados à probabilidade de queda de uma pessoa, identificados pela DGS. Está preconizado que a avaliação do risco de queda deve ser efectuada aquando da admissão da pessoa, depois de se efectuar a colheita de dados e proceder à identificação de fatores de risco, sabendo-se que a reavaliação deve ser efectuada quando existem alterações dos fatores de risco, a ocorrência de algum episódio de queda *ou na situação de alta clínica*. *A escala de Morse é composta por seis parâmetros (história de queda; diagnóstico secundário, apoio na deambulação; medicação intravenosa; marcha; estado mental) que resultam numa pontuação de 0 a 125*. De acordo com a pontuação obtida, a pessoa é classificada com *baixo, médio ou alto risco* de queda.

No local onde exercemos funções, os enfermeiros actuam de acordo com estes itens, dando resposta à *Instrução de Trabalho* aprovada pelo Sistema de Gestão de Qualidade implementado nesta instituição.

Algumas pessoas com alterações neurológicas que conduzem ao transtorno do controle postural sofrem quedas frequentes durante a realização das suas actividades de vida diárias. De entre essas patologias, o AVC e o TCE frequentemente levam a alterações motoras com prejuízos funcionais importantes e reconhecendo a hemiplegia como uma consequência importante, os distúrbios motores são agravados pela alteração da sensibilidade, sendo esta mais apurada nos membros inferiores (MOREIRA *et al*, 2010).

Desta forma, CANCELA (2008) considera que a espasticidade é comum em pessoas portadoras de hemiplegia e à medida que esta se desenvolve, aumenta a

resistência ao estiramento passivo, envolvendo os adutores e os flexores de braço e os extensores de perna, trazendo alterações no reflexo postural. As pessoas perdem as reacções posturais do lado afectado, podendo prejudicá-los o facto de não terem o reflexo postural normal em caso de quedas.

De acordo com a literatura consultada, reafirmamos que o processo de reabilitação deve iniciar-se o mais precocemente possível, visando a progresso nas actividades de vida diária, para melhorar a força muscular, reduzir a espasticidade, melhorar o equilíbrio e, conseqüentemente, a deambulação, contribuindo para reduzir a probabilidade de quedas.

Evitar o evento da queda é hoje uma conduta de boa prática nos serviços de saúde, tanto nos hospitais quanto nas instituições de longa permanência, sendo um dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, como acontece na instituição onde exercemos funções.

Integrado no Sistema de Gestão de Qualidade adotado pela instituição e tendo em conta o protocolo estabelecido com a OE em 2006 para a implementação do Programa “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” e no qual participamos como formadores internos relativamente à expansão do enquadramento conceptual e enunciados descritivos da excelência da prática dos cuidados, foram desenvolvidos vários projectos em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem onde se insere a monitorização das quedas.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002) a prevenção de complicações é parte integrante de um dos enunciados descritivos sendo que a avaliação do risco de queda e a sua prevenção impõem a identificação dos problemas potenciais da pessoa, nas quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar as intervenções que contribuam para evitar esses problemas ou minimizar o seu efeito. Com este propósito, têm vindo a ser encetados esforços, na elaboração de protocolos que têm em conta medidas de segurança na prevenção de quedas a avaliação do risco de queda.

É evidente que a prevenção de quedas se constitui numa política pública indispensável, não só porque este evento afecta de maneira desastrosa a vida das pessoas e das famílias, como também esgota valores expressivos de recursos económicos no tratamento de suas consequências, como são exemplo as fracturas.

Dessa forma, reconhecemos que inserido na equipa interdisciplinar, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel preponderante na avaliação da funcionalidade da pessoa, na reeducação da marcha e na identificação de factores predisponentes à queda, contribuindo com propostas de intervenção no sentido de otimizar a capacidade da marcha, na pessoa com *deficits*

motores resultantes de alterações neurológicas, para que seja possível minorar o risco da mesma.



## 2 – ABORDAGEM METODOLÓGICA

A natureza das necessidades em cuidados de saúde exige a evolução do modelo do exercício profissional dos enfermeiros, pelo que se preconiza que a enfermagem enquanto disciplina evolua no sentido da aplicação da melhor evidência na prática clínica.

Em concordância com os objetivos do curso, a elaboração deste registo pressupõe o desenvolvimento de uma nova identidade pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem, onde se preconizam a análise, a fundamentação, a crítica e a visibilidade das intervenções.

Numa perspetiva de enfermagem avançada estas caracterizam-se por um nível mais elevado de “*saberes*” que permitem determinar objetivos e formular opções para a ação baseadas na prática, na teoria e na investigação e pressupõe que se mobilize a experiência profissional e se fundamentem os acontecimentos de forma crítica e reflexiva, apontando para cuidados de qualidade, centrados na pessoa/família (SILVA, 2007).

Assim, foi-nos proposto o desenvolvimento de competências para a revisão sistemática da literatura como suporte à prática baseada na evidência nos vários contextos de cuidar, de forma a enquadrar os saberes da prática clínica no conhecimento, numa lógica de enfermagem avançada recorrendo à metodologia científica, numa perspetiva cada vez mais rigorosa e crítica.

Na opinião de CRAIG e SMYTH (2004), a prática baseada na evidência interpreta os cuidados de enfermagem que integram a melhor evidência científica, como o conhecimento da fisiopatologia, o conhecimento das questões psicossociais, as preferências e os valores das pessoas, em relação à tomada de decisão sobre o cuidar individual da pessoa, traduzindo-se em cuidados de enfermagem com qualidade, assertividade e cientificidade.

Neste contexto, pretendemos aumentar a credibilidade da prática instituída e alicerçada no pensamento crítico e na competência clínica que nos é reconhecida para coordenar os processos de cuidar sustentados nas melhores evidências científicas.

## 2.1. - FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PI[C]O

Deste modo, com o intuito de promover a reflexão na ação e sobre a ação e desenvolver proficiências na área da revisão sistemática da literatura, foi usada a metodologia PI[C]O para enunciar a pergunta de partida que nos guiará nas opções metodológicas para abordar a problemática identificada e o consequente contexto de análise.

Uma pergunta bem formulada e clara facilita a obtenção da melhor evidência nas bases de referência no meio científico evitando buscas desnecessárias. Assim, como ponto de partida para revisão sistemática de literatura foi elaborada a pergunta em formato PI[C]O: **“A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação da marcha influencia a minimização do risco de quedas na pessoa com alterações neurológicas?”** que conduzirá as opções metodológicas e análise, como se pode ver no **Quadro 1** (Anexo I).

## 2.2 - PESQUISA EM BASE DE DADOS

Após a formulação da pergunta PI[C]O, foram definidas as palavras – chave, traduzidas para a língua inglesa e posteriormente foram validadas como descritores na plataforma MeSH Browser (<URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>>), em 29.09.2001.

A plataforma electrónica observada foi a EBSCHO (<URL: <http://search.ebscohost.com/>>) nas bases de dados CINAHL Plus *with full text*, MEDLINE *with full text*, tendo em conta o acervo da base de dados da OE. A pesquisa teve lugar em 30.09.2011 para artigos científicos publicados em texto integral a partir de 2007, tendo em conta as palavras – chave: Rehabilitation (R); Stroke (S); Traumatic Brain Injury (T); Gait (G) e Falls (F) definidas anteriormente. Procedeu-se à pesquisa de artigos, primeiramente tendo em conta cada um dos descritores isoladamente e em *full text* com filtro cronológico entre 2007 e 2011, conforme se pode ver no **Quadro 2** (Anexo I).

De seguida, realizaram-se todas as conjugações possíveis entre as palavras – chave, tendo sido nossa opção manter a palavra Rehabilitation em todas as conjugações possíveis, conforme mostra o **Quadro 3** (Anexo I). Da conjugação dos descritores, obtivemos 154 artigos. Progredindo no processo e de forma a obter os artigos científicos mais adequados tendo em conta a pergunta PI[C]O, estabeleceu-se um conjunto de critérios de inclusão e exclusão que estão presentes no **Quadro 4**



(Anexo I). Após submetermos os artigos aos critérios de inclusão e exclusão foram filtrados 13 que conduziram a pesquisa.

Foi feita uma leitura do título e resumo desses 13 artigos, de onde surgiram 9 artigos para a leitura integral. Após a leitura dos 9 artigos e, mais uma vez, tendo em conta a problemática em estudo, foram seleccionados para a análise 4 artigos, tendo sido submetidos a uma classificação por seis níveis de evidência<sup>1</sup> (Harris *et al*, 2001) e, no momento, correspondem às nossas expectativas. Por conseguinte, para tornar perceptível e transparente a metodologia utilizada, explicita-se a listagem dos 4 artigos filtrados que constituíram o *corpus* para a análise, discussão e respectivas conclusões, conforme consta dos **Quadros 5,6,7 e 8** (Anexo I).

---

<sup>1</sup> Level I: Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews); Level II: Single experimental study (RCTs); Level III: Quasi-experimental studies; Level IV: Non-experimental studies; Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews; Level VI :Single descriptive or qualitative study; Level VII: Opinions of respected authorities/Consensus panels



### **3- ANÁLISE REFLEXIVA DO DESEMPENHO NO ESTÁGIO II**

O conhecimento em saúde, tal como em outros domínios, não é estático e o que hoje pode parecer verdade e revolucionário torna-se amanhã, incorreto e superado. Assim, os profissionais que exercem funções e desenvolvem as suas competências nesta área têm de ter uma grande capacidade de adaptação, flexibilidade e a contínua ambição de melhorar as práticas à luz do conhecimento científico.

Sendo a enfermagem uma profissão de ajuda por excelência, que tem como objetivo a promoção do bem-estar das pessoas, famílias e comunidades, exige um sólido corpo de saberes e teorias relevantes que orientem os profissionais na sua prática, bem como espaços para a tomada de consciência, reflexões e avaliações resultantes de um processo de auto e hetero-avaliação tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados.

As doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas, respiratórias e músculo-esqueléticas, contribuem para a perda de autonomia da pessoa e/ou família de uma forma prolongada e permanente, originando situações de dependência e incapacidade a vários níveis e, associadas ao aumento da esperança de vida, vêm exigir dos profissionais de saúde mais e melhores respostas nos cuidados de saúde às pessoas e/ou famílias.

O Estágio II constituiu-se numa oportunidade única de aprendizagem para aprofundar conhecimentos em várias áreas e este relatório permitiu-nos não só refletir sobre as práticas diárias, como avaliar o percurso desenvolvido, tendo em conta os objetivos específicos definidos, as atividades previstas e as competências adquiridas.

Para o desenvolvimento deste estágio e tendo em conta a metodologia definida pela Comissão Directiva dos Cursos do 2º ciclo para a 1ª fase, foram elaborados Projetos de Estágio em cada contexto de ensino clínico. Estes projetos tinham como objetivo constituir-se como um suporte de orientação e desenvolvimento do estágio onde pudemos realizar a proposta individual do percurso de aprendizagem, definindo os objetivos específicos e a sistematização das atividades a desenvolver. É de referir que os projetos foram validados com os enfermeiros cooperantes e a supervisão do professor responsável pelo estágio (Anexo II).

Pretendemos agora realizar uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas, tendo em conta o percurso de aprendizagem e os objetivos específicos delineados para cada um dos contextos.

### 3.1 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOAS/FAMÍLIAS COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS

O primeiro período de estágio teve lugar no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar do Médio Tejo - Hospital Rainha Santa Isabel (Torres Novas), de 4 a 29 de Outubro de 2010, segundo a orientação local do enfermeiro especialista em reabilitação e a supervisão do professor da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Pretendemos documentar a aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos durante a fase teórica que se concretizou na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto hospitalar à pessoa e/ou família com alterações neurológicas não traumáticas, de forma a prevenir complicações ou a reabilitar a pessoa numa situação de doença aguda ou crónica.

Actualmente em Portugal, o AVC é a primeira causa de mortalidade e morbilidade comparativamente com outros países, representando a principal causa de hospitalização e de incapacidade, criando situações de dependência da pessoa e/ou família, com graves repercussões emocionais, económicas e sociais (DGS, 2010).

A doença é sempre uma situação de crise, um acontecimento *stressor*, que produz efeitos na pessoa e na família, obriga a que esta se reajuste com a distribuição de novos papéis, tendo em conta que o elemento doente não pode assumir o papel anteriormente desempenhado dentro da família. Lidar com uma condição crónica de alteração de saúde é uma situação extremamente complexa para as famílias, provocando reacções difusas e cabe ao enfermeiro apoiá-las nesta fase.

Durante o ensino clínico ocorreram momentos de aprendizagem fundamentais, em que houve a oportunidade de aplicar e integrar os conhecimentos e adquirir novas competências, sendo um factor facilitador da aprendizagem a competência e a disponibilidade da equipa.

Este contexto permitiu analisar a complexidade de cada situação, com a avaliação da pessoa e do seu potencial para os cuidados de reabilitação, de forma a planear e prestar os cuidados de enfermagem de reabilitação, integrando-os num plano global de cuidados.

### **“Conhecer a estrutura orgânica e funcional do Serviço de Medicina do CHMT – Torres Novas”**

Foi realizado com o enfermeiro cooperante uma reunião inicial, onde foram explicados aspectos relativamente ao funcionamento e filosofia do serviço, uma vez que conhecíamos a organização do mesmo, tendo trabalhado como enfermeira generalista durante três anos nesse mesmo serviço. Este tem uma capacidade de 26 camas e recebe pessoas com várias patologias médicas, nomeadamente pessoas com AVC, que normalmente derivam do serviço de urgência desta unidade ou de outros serviços da mesma unidade.

Actualmente, existem alterações relativamente aos registos utilizados pela equipa de enfermagem, pelo que foi necessário, integrarmo-nos nos instrumentos de registos (Sistema de Apoio ao Processo de Enfermagem - SAPE/Sistema de Apoio Médico - SAM), de forma a conseguirmos não só obter informações acerca do processo de enfermagem como aceder aos exames complementares de diagnóstico e realizar os registos.

Existe um projeto em desenvolvimento neste serviço que tem em vista a avaliação de pessoas com AVC e, de acordo com o enfermeiro cooperante, está prestes a iniciar a sua fase experimental. Este visa a avaliação da pessoa numa perspectiva holística, desde a entrada no serviço de urgência, pelos vários elementos da equipa interdisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, enfermeiro de reabilitação, fisioterapeuta, etc.), passando pelos serviços de internamento, delineando-se que o seu acompanhamento não termina no dia da alta hospitalar mas mantém-se após a alta, através das consultas de seguimento, no Serviço de Consultas Externas.

Conhecemos a localização e identificámos os diferentes tipos de equipamento e produtos de apoio disponíveis (maca banheira, cadeiras sanitárias com rodas giratórias, elevador de transferência e de pesagem, meias elásticas para os membros inferiores, equipamentos especiais anti-escaras, tábuas e tapetes de transferência, andarilhos, canadianas, tábuas de apoio para o posicionamento no leito, almofadas e placas de gel de vários tamanhos, calcanheiras, tábuas de apoio para os membros superiores na cadeira de rodas) para a equipa de enfermagem usar, quer nos posicionamentos quer nas técnicas de levantar e transferência das pessoas. Verificámos que este serviço dispõe de produtos de apoio em quantidade e qualidade que, para além de promoverem a ergonomia dos profissionais de saúde, permitem uma melhor qualidade dos cuidados prestados às pessoas.

De acordo com as competências do domínio da gestão reconhecidas pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, neste serviço

parece haver uma preocupação tanto da enfermeira chefe (especialista em enfermagem de reabilitação) como do enfermeiro que a substitui (também enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação) em adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a optimização da qualidade dos cuidados, ao promover o trabalho de equipa e adequando os recursos às necessidades (Regulamento nº 122/2011).

O facto de termos disponíveis vários produtos de apoio permitiu-nos, em diferentes situações, delinear programas de treino de AVD onde aplicámos o seu uso, de acordo com a incapacidade da pessoa e sensibilizámos a família para a sua existência, tendo em vista a ampliação da capacidade funcional da pessoa. Desta forma, demonstrámos competência em capacitar a pessoa com deficiência ou limitação nas atividades, ao ensinar e supervisionar a utilização de produtos de apoio, visando a adaptação da pessoa às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da sua qualidade de vida (Regulamento nº125/2011).

Verificámos a cooperação entre o Serviço Social e a Liga dos Amigos do Hospital, existindo uma união de esforços para permitir a aquisição de produtos de apoio como camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos, entre outros.

Após a apresentação à equipa de saúde do serviço, integramo-nos na avaliação, no planeamento e na prestação de cuidados de enfermagem como enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Partilhámos com a equipa a informação das pessoas que cuidámos em comum, durante a passagem de turno, bem como a prestação de cuidados gerais à pessoa, de entre os quais a ajuda nos cuidados de higiene, conforto e alimentação, mobilização e eliminação, ficando ao nosso cuidado aqueles que eram da esfera da reabilitação.

Com a fisioterapeuta responsável pelo serviço, foi possível estabelecer uma partilha de informação relativamente à evolução das pessoas que acompanhávamos conjuntamente. Da parte da equipa de enfermagem, verificámos disponibilidade para estimular as pessoas a executarem os exercícios terapêuticos recomendados.

Ao longo do estágio, apurámos que a equipa está sensibilizada e motivada para desenvolver atividades que promovem a reabilitação precoce das pessoas ali internadas. Pensamos que esta postura está associada, ao facto de a equipa ter uma média de idades muito jovem e possuir vários elementos a realizar formação profissional em várias áreas, nomeadamente dois enfermeiros a realizar o mestrado em enfermagem de reabilitação.

O envolvimento da família é um aspeto a salientar neste contexto, observando-se uma preocupação contínua, não só relativamente ao regresso a casa, como na abordagem da família sobre outras opções existentes. O planeamento da alta é um

procedimento iniciado com a admissão da pessoa no serviço e com o envolvimento tão precoce quanto possível, da família.

Segundo FARO e PERLINI (2005), para que seja possível dar continuidade aos cuidados no domicílio, os cuidadores necessitam de, durante a hospitalização, desenvolver as suas competências para cuidar. Isso implica o início precoce da preparação para o regresso a casa, onde o enfermeiro deve estar envolvido, para esclarecer as prováveis dependências à pessoa e ao cuidador, estabelecendo com estes uma relação de parceria e apoio.

Consideramos ter havido uma integração na equipa interdisciplinar como enfermeiros especialistas de reabilitação na identificação, planeamento, execução e avaliação de cuidados específicos nesta área, promovendo não só a continuidade de cuidados dentro da equipa como após a alta clínica, através da realização de exercícios terapêuticos ensinados à pessoa e/ou família.

**“Desenvolver competências na área de Enfermagem de Reabilitação, integrando os conhecimentos adquiridos, na prestação de cuidados especializados à pessoa e/ou família com alterações neurológicas não traumáticas”**

Foi recolhida informação pertinente, de modo a efectuar uma avaliação inicial da pessoa e da situação clínica em concreto, através de várias fontes entre as quais a passagem de turno, no início da manhã. Foi feita uma triagem das pessoas que necessitavam de intervenção ao nível da enfermagem de reabilitação, pela descrição da equipa acerca do diagnóstico e dos cuidados de enfermagem prestados. Posteriormente, consultámos os processos clínicos das pessoas anteriormente seleccionadas sendo a recolha de dados complementada com uma entrevista informal à pessoa, a identificação do cuidador e a avaliação funcional da pessoa.

Neste contexto, tivemos a oportunidade de nos familiarizarmos com o uso prático de várias escalas de avaliação funcional. Sabe-se que a incapacidade funcional está relacionada com a restrição da mobilidade e expressa-se pela dificuldade no desempenho das actividades da vida quotidiana ou mesmo pela incapacidade em desempenhá-las devido a situações, que podem apresentar-se isoladamente ou associadas, como a parésia, a paralisia, os tremores, a diminuição da sensibilidade, a espasticidade ou a limitação da amplitude de movimentos, entre outros.

Com os dados recolhidos foi possível aplicar o protocolo de avaliação neurológica já instituído no serviço e utilizar instrumentos de avaliação para a identificação do potencial de reabilitação da pessoa, tais como a escala de Glasgow; a escala de Lower; a escala de Ashworth e a da escala de equilíbrio de Berg (EEB).

De acordo com a unidade de competência J1.1 do Regulamento nº125/2011, o enfermeiro especializado em enfermagem de reabilitação, incluído numa equipa, detém competências para avaliar a capacidade funcional e diagnosticar as alterações que determinam as limitações da atividade e incapacidades; por isso, deve ter um papel preponderante na avaliação da pessoa, para estabelecer objectivos terapêuticos conjuntamente com os outros elementos da equipa.

SCHMID *et al* (2010) referem que a avaliação da gravidade do AVC pode contribuir para a detecção precoce de pessoas com factores de risco que podem contribuir para complicar o processo de reabilitação. Estes autores defendem que a *escala de NIHSS* é uma medida da avaliação neurológica muito eficaz e fácil de se aplicar, podendo ser associada a outras escalas de avaliação.

Corroboramos estas opiniões, que defendem o uso das escalas de avaliação funcional permitindo realizar a avaliação de aspectos específicos e globais da pessoa. No entanto, considera-se necessário que o profissional de saúde as saiba seleccionar e aplicar de forma correcta. Neste contexto, verificou-se que o enfermeiro de reabilitação fazia a avaliação neurológica de acordo com a escala de NIHSS, actuando de acordo o protocolo de avaliação neurológica do CHMT.

Os mesmos autores referem que a avaliação da gravidade do AVC pelo NIHSS é uma mais-valia para todas as pessoas com AVC e deveria ser ampliado na prática clínica. De acordo com FIGUEIREDO *et al* (2007), os profissionais de saúde deveriam fazer um maior uso de protocolos de avaliação sistemáticos e consistentes, para reduzir a discrepância entre as atitudes a tomar, o que proporciona muitas vezes pouca credibilidade ao regime terapêutico instituído.

Sendo a avaliação das quedas uma preocupação constante na instituição onde exercemos funções e um indicador de qualidade dos serviços, logo de início demonstrámos interesse em desenvolver na nossa esfera de intervenção (enfermagem de reabilitação) pressupostos, que permitissem aprofundar o conhecimento científico nesta área e melhorar a prática clínica.

Começámos por identificar, nas pessoas com AVC, os *deficits* que se evidenciavam como eventuais factores de risco para a ocorrência de quedas. Para consolidar o conhecimento nesta área, recorremos à pesquisa em bases de dados científicas e verificámos o interesse de vários autores sobre o tema.

Segundo a literatura de WEERDESTYN *et al* (2008), os sobreviventes de um AVC apresentam alto risco de queda, sendo que estas podem trazer consequências graves, tanto físicas como psicossociais, aumentando-lhes a dificuldade em reconquistar a mobilidade de forma independente. Os autores fazem referência à necessidade de investir em medidas preventivas eficazes e eficientes, direccionadas



sobretudo para as pessoas com AVC. Também o medo de cair é facilmente desenvolvido pelos indivíduos que já tiveram um evento de queda, estando associado ao equilíbrio e ao *deficit* na marcha. Este medo favorece o isolamento social, a depressão e a redução da actividade física promovendo a dependência nas AVD.

Foram identificados como fatores de risco importantes para a ocorrência de quedas, o equilíbrio e os *deficits* na marcha. Os autores referem que há maior incidência das taxas de quedas durante a caminhada e, por isso, a investigação parece sugerir que a existência de *deficits* cognitivos de controlo contribui para que os indivíduos sejam incapazes de andar e executar uma tarefa mental ao mesmo tempo. São referenciados estudos em que parece haver relação entre os *deficits* na marcha e a redução do automatismo para a caminhada na pessoa com AVC, quando se associa uma tarefa cognitiva.

Este estudo é corroborado por AGUIAR e ASSIS (2009) ao afirmarem que as quedas podem afectar seriamente a qualidade de vida das pessoas, conduzindo á restrição de atividades e da mobilidade, à diminuição da atividade física, ao isolamento social e à depressão.

Na perspectiva de CZERNUSZENKO *et al* (2009), depois de um AVC as pessoas apresentam um alto risco de experienciar uma queda, sendo esta uma das complicações mais frequentes durante o período de reabilitação, trazendo repercussões negativas que podem comprometer todo o processo.

Apesar da escassa literatura sobre o tema, CAMPBELL *et al* (2010) (URL: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e04ec20d-0600-4734-bf07-4f3fa39271c5%40sessionmgr13&vid=1&hid=24>>) sublinham que os *deficits* que afectam o equilíbrio, a percepção e o auto-cuidado, contribuem de forma significativa para o aumento da probabilidade das quedas na pessoa com AVC. Na conclusão deste estudo, os autores defendem a necessidade de um modelo conceptual para orientar a investigação científica e a prática clínica nesta área, com o intuito de evitar as quedas e prevenir os efeitos catastróficos, ao identificar os fatores de risco.

Relembramos que, de acordo com a literatura consultada (MOREIRA *et al*, 2010), as pessoas com alterações neurológicas sofrem quedas durante a realização das suas atividades de vidas diárias, por apresentarem transtorno do controle postural. De entre essas patologias, o AVC frequentemente leva a alterações motoras com prejuízos funcionais importantes que são agravados pela alteração da sensibilidade, sendo esta mais apurada nos membros inferiores.

De acordo com CANCELA (2008), as pessoas com AVC perdem as reações posturais do lado afectado, podendo prejudicá-las o facto de não terem o reflexo postural normal em caso de quedas.

É largamente reconhecido que a hemiparésia é uma das sequelas mais importantes no AVC e que um dos mecanismos envolvidos na instalação deste quadro é a lesão das vias neurais descendentes, trazendo alterações no padrão espaço-temporal do recrutamento das unidades motoras, interferindo directamente na função locomotora da pessoa (FRANZOI e KAGOHARA, 2007).

Neste contexto do estágio, a avaliação do grau de dependência é efectuada através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em uso na instituição, pelo que nos pareceu pertinente e em concordância com o enfermeiro cooperante, manter a avaliação dos graus de dependência na linguagem que é reconhecida pela instituição. A avaliação do risco de queda foi feita de acordo com a escala de Morse e, em concordância com o protocolo existente no CHMT, foi fornecido um folheto informativo sobre as medidas de prevenção de quedas à pessoa/família.

Após a avaliação inicial, planeámos a nossa intervenção, tendo em conta os focos de enfermagem de reabilitação, definimos objectivos, intervenções e a sua avaliação, tendo mobilizado os recursos disponíveis em cada situação, integrados num plano global de outros cuidados de enfermagem e das intervenções de outros elementos da equipa interdisciplinar.

Na prestação de cuidados da esfera de enfermagem de reabilitação, evidenciaram-se os exercícios terapêuticos, com o intuito de manter a mobilidade articular, recuperar o controlo motor e evitar o desenvolvimento da espasticidade, promovendo também desta forma, a circulação sanguínea.

Foram realizados exercícios de flexibilidade, força, coordenação, resistência e treino de equilíbrio, quer estático quer dinâmico, sentado e de pé, a técnica de levantar e transferência e o treino de marcha, assim como o treino de algumas actividades de vida diárias, como fazer higiene e vestir-se, pentear-se, lavar os dentes e alimentar-se.

Identificada a capacidade funcional da pessoa e sabendo que a marcha era um ponto a atingir, os exercícios objetivavam aumentar a força muscular; aumentar ou manter a amplitude do movimento, melhorar a coordenação dos segmentos corporais, facilitar a resposta proprioceptiva, ensinar sobre o manuseamento e movimentação do hemicorpo afectado, desenvolver a estabilidade postural na posição de sentado e em pé, desenvolver o controlo nas transições de movimento como rolamentos e movimentos do decúbito dorsal para a posição sentada, melhorar o controlo do tronco e da pélvis e desenvolver o controlo do equilíbrio dinâmico, inclusive reacções de equilíbrio e de protecção.

Desta forma, foi possível demonstrar e desenvolver competências, de acordo com a unidade de competência J1.3 do Regulamento nº125/20011, na implementação

das intervenções planeadas para otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo e cárdio-respiratório da pessoa.

É importante salientar que a realização das atividades de vida diária, como alimentar-se, vestir-se, alternar decúbitos, sentar-se, deambular, entre outras, dependem e estão relacionadas com o controle postural. Para a pessoa hemiplégica, é complexo manter uma postura que desloca o centro de gravidade e altera a superfície de apoio, pois é estabelecida uma condição de desequilíbrio e instabilidade, que prejudica o desempenho das atividades funcionais e interfere nas AVD.

Para WEATHERALL (2004), a hemiparésia é um fator de desequilíbrio postural, comprometendo a execução dos movimentos cíclicos da marcha, que exigem a coordenação e alternância de movimentos entre os segmentos corporais para a execução das AVD.

Na perspetiva de SCHMID *et al* (2010), os programas de reabilitação devem integrar intervenções como o treino de equilíbrio e exercícios de treino de força, as alterações habitacionais, a terapêutica instituída, assim como programas de prevenção de quedas. Desta forma, o início de um programa de reabilitação precoce implica maior sucesso no progresso das AVD ao melhorar a força muscular, reduzindo a espasticidade, melhorando o equilíbrio e, conseqüentemente, a deambulação, contribuindo para reduzir a probabilidade de quedas.

Estes autores reafirmam a ideia de VENTURA (2000) ao referir que a intervenção de reabilitação deve ter entre outros objectivos: manter a amplitude dos movimentos e evitar deformações, melhorar a função respiratória e motora e mobilizar a pessoa nas atividades funcionais iniciais que vão desde a mobilização no leito, ao acto de sentar, ao ficar de pé e transferências, melhorar o controlo do tronco e equilíbrio na posição de sentado e iniciar as atividades de autocuidado.

Neste âmbito, segundo MELO e AZEVEDO (2007), além do controle postural, a marcha é um mecanismo que está intimamente ligado à queda. A eficiência da marcha correlaciona-se com o deslocamento do centro de gravidade da pessoa, através do espaço.

De acordo com WEERDESTEYN *et al* (2008), os *deficits* na manutenção do equilíbrio e a falta de coordenação nas respostas motoras, assim como as alterações nas várias fases da marcha, são reconhecidos como promotores dos eventos de queda nos indivíduos com AVC. Estes *deficits* desempenham um papel importante na etiologia multifatorial das quedas e, como tal, a eficácia dos programas de exercício, que contemplam a complexidade das AVD devem ser incluídos no programa de reabilitação.

A prevenção das complicações decorrentes de uma lesão neurológica tem implicações não só na melhoria da qualidade de vida da pessoa mas também em benefícios na economia da saúde, na medida em que se reduzem os gastos no tratamento destas. De acordo com estes intentos, o processo de reabilitação torna-se preponderante na redução da sobrecarga da incapacidade e na potenciação das oportunidades de vida para os indivíduos/família.

Ao longo do estágio, mostrou-se relevante a intervenção do enfermeiro de reabilitação com a pessoa que apresentava incapacidade funcional para a marcha, uma vez que esta, sendo uma das sequelas mais importantes na consequência da afeção neurológica, quando aliada à diminuição da função cognitiva, prediz uma forte influência negativa na recuperação a longo prazo destas pessoas.

Também as alterações de equilíbrio dificultam a realização das actividades funcionais e aumentam a predisposição a quedas. OLIVEIRA (2008), corroborando vários autores, refere que a pessoa que apresenta o equilíbrio postural diminuído tem uma predisposição muito grande para as quedas.

O desequilíbrio compromete uma ampla gama de actividades que constituem as AVD e torna a pessoa mais dependente. A realização das actividades funcionais e/ou motoras, como vestir-se, transferir-se, alimentar-se e andar, requerem diferentes e complexas mudanças no tónus e na actividade muscular, necessários para a habilidade de manter ou alcançar o equilíbrio.

Assim, tiveram lugar ensinamentos à pessoa e família acerca dos exercícios motores terapêuticos, fundamentais para a prevenção de complicações, tendo em vista a máxima autonomia. Sempre que possível, houve o envolvimento da família na prestação de cuidados, estimulando a interacção do cuidador não só nas mobilizações à pessoa, mas em todos os cuidados, com o intuito de validar os ensinamentos efectuados, para haver continuidade do processo de reabilitação não só pela própria pessoa mas também com ajuda do cuidador após a alta.

Desta forma, viemos revelar as competências descritas na unidade de competências J2.1 ao elaborar e implementar programas de treino à pessoa/família, com técnicas específicas, tendo em vista a maximização da autonomia (Regulamento nº125/2011).

De acordo com CECCATTO *et al* (2010), o programa de reabilitação baseia-se numa aprendizagem activa da pessoa em conjunto com a família e, por isso, esta deve ser incentivada a participar activamente, tanto nas decisões como no planeamento e a documentar os ganhos obtidos na intervenção da reabilitação.

Existiram situações em que, de acordo com a unidade de competência J2.1 (Regulamento nº125/2011), demonstrámos competências para apoiar a pessoa/família

na identificação e seleção de produtos de apoio que poderiam de alguma forma auxiliar e sobretudo melhorar a qualidade de vida da pessoa no seu ambiente social.

Para desenvolver competências no domínio das aprendizagens profissionais, recorreremos à revisão sistemática da literatura, de forma a recolher informação actualizada na área da neurologia, para basear a nossa prática clínica especializada em padrões de conhecimento científico (Regulamento nº 122/2011).

De acordo com o enfermeiro cooperante e tendo outro mestrando da mesma especialidade a desenvolver o estágio, foi identificada no serviço, a necessidade de melhorar as competências dos enfermeiros generalistas relativamente à forma de posicionar a pessoa com AVC. Com o intuito de favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades dos enfermeiros deste serviço, elaborámos um *poster*, com o objectivo de reforçar na equipa de enfermagem a importância dos posicionamentos na prevenção da espasticidade (Anexo III).

Na opinião de CANCELA (2008), esta é muito comum em pessoas portadoras de hemiplegia e promove a resistência ao estiramento passivo, envolvendo os músculos adutores e flexores de braço e extensores de perna hemiparéticos. E numa situação de queda as pessoas deixam de ter o reflexo postural normal, devido à perda das reacções posturais do lado hemiparético.

Na elaboração do *poster*, recorreremos ao conhecimento científico que permitiu fundamentar a prática clínica, sendo também um contributo importante o conhecimento e a experiência do enfermeiro cooperante que os partilhou em situações peculiares de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Avaliámos o nosso contributo ao constatar os comentários que os enfermeiros faziam ao presenciarem o *poster*, reconhecendo algumas das deficiências no posicionamento das pessoas com AVC.

É pertinente referir que nos tornámos facilitadores da aprendizagem dos enfermeiros, na nossa área de intervenção, dando assim resposta à unidade de competência D2.1 do Regulamento nº122/2011.

Em alguns momentos houve a necessidade de o enfermeiro cooperante ficar responsável por pessoas ali internadas, havendo um pouco menos de disponibilidade para nos acompanhar. No final do estágio neste contexto, concluímos que este condicionalismo facilitou de alguma forma a crescente autonomia e a capacidade de organização e espírito crítico, para a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Consideramos assim que a reeducação da marcha é um objectivo valorizado na reabilitação da pessoa com afeções neurológicas. A reabilitação deve ser abrangente e incluir a prevenção, a avaliação precoce e programas de assistência,

tendo em conta que os resultados esperados para a pessoa num programa de reabilitação incluem o melhor resultado funcional possível, o aumento da independência nas AVD e a consequente melhoria de qualidade de vida.

### 3.2 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOAS/FAMÍLIAS COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS

O segundo contexto onde desenvolvemos a aprendizagem foi o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão onde contactámos com pessoas com alterações neurológicas, quer do foro traumático (TCE e lesões medulares) quer do foro não traumático (essencialmente Acidentes Vasculares Cerebrais).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, os acidentes e as suas consequências (traumatismos, ferimentos e lesões) geram deficiências a um grande número de pessoas, com custos económicos e psicossociais difíceis de calcular. Este plano identifica os acidentes como um fator importante para a ocorrência de incapacidades permanentes, para os quais o sistema de saúde português tem demonstrado baixa capacidade de resposta (DGS, 2004).

De acordo com os objetivos de aprendizagem definidos para este contexto, desenvolvemos o nosso percurso tendo em conta a intervenção com as pessoas com alterações neurológicas decorrentes de TCE, pretendendo demonstrar competências específicas de enfermagem de reabilitação, integrando a equipa interdisciplinar, à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência neurológica traumática, visando a sua independência máxima.

Exige-se aqui documentar a aplicação na prática em contexto hospitalar dos saberes adquiridos durante a fase teórica, à pessoa e/ou família com alterações neurológicas decorrentes de um traumatismo, tendo em conta que reabilitar deve ser entendido como um processo educativo, criativo, dinâmico e progressivo voltado para a identificação e exploração do potencial da pessoa portadora de incapacidade, com vista à sua integração ou reintegração na comunidade, dando-lhe a oportunidade de voltar a ser produtiva e participante na sociedade.

Relembramos KHAN *et al* (2003) que referenciam a elevada prevalência de pessoas com TCE em relação às pessoas com LVM. Neste contexto, pudemos verificar que existiam pessoas em programas de reabilitação decorrentes de um TCE e aquelas que apresentavam LVM mas que também tinham associado um TCE e daí podermos constatar a realidade desta afirmação.

As pessoas nestas circunstâncias necessitam de se adaptar a uma mudança súbita e trágica na sua vida. A hospitalização, a perda de capacidades, a dependência

de terceiros, a incerteza sobre um futuro com deficiência e um processo de reabilitação no qual se tem de empenhar para se tornar mais independente, tornam-se desafios à capacidade de adaptação do indivíduo.

Segundo FARIA (2006), a reabilitação baseia-se na avaliação e na maximização das capacidades e as aptidões funcionais de cada pessoa, ajudando-a a reconstruir o seu projecto de vida, com o objectivo final de reintegrá-la na sociedade.

Deste modo, os cuidados de enfermagem de reabilitação visam por um lado prevenir as complicações e, por outro, promover a maior independência possível nas AVD. A reabilitação é um processo que busca o desenvolvimento das capacidades remanescentes da pessoa, frente aos limites impostos pela deficiência. Deve ser, por isso, um trabalho interdisciplinar diversificado, holístico e focar-se na tríade enfermeiro, pessoa/família e/ou cuidador.

Na nossa opinião, os objectivos para a reabilitação da pessoa com lesões neurológicas devem ser estabelecidos conjuntamente entre a equipa de saúde com a pessoa e sua família, considerando as expectativas dessa pessoa, o seu papel na família e no estilo de vida desta.

Na maioria das situações, as capacidades motoras e, conseqüentemente, a realização das actividades de vida diária, ficam afectadas. A pessoa/família tem de adquirir, durante o processo de reabilitação, conhecimentos, comportamentos e habilidades que lhe dêem competências para se readaptar, da forma mais independente possível, à sua vida diária.

A pessoa é o elemento chave da equipa de reabilitação, tornando-se no foco do esforço da equipa e determina os resultados finais do processo, sendo que a família deve ser incorporada na equipa e reconhecida como um elemento preponderante para participar de forma activa, como apoio contínuo e, aprendendo a realizar cuidados contínuos necessários na altura do regresso a casa (KHAN *et al*, 2003).

### **“Conhecer a dinâmica orgânica e funcional do Serviço de RGA do CMR de Alcoitão, com evidência no papel do enfermeiro de reabilitação ”**

O segundo período deste estágio decorreu no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos (RGA-1º Esquerdo) do Centro Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) entre 6 de Dezembro de 2010 e 21 de Janeiro de 2011, segundo a orientação local de um Enfermeiro Especialista em Reabilitação e a supervisão do Professor da Escola Superior de Saúde de Santarém.

O CMRA apresenta-se como uma instituição de prestígio, que tem mantido ao longo dos anos um elevado nível de qualidade na resposta às necessidades da sua população alvo, apostando na qualidade assistencial e promovendo a formação e a

investigação dos seus profissionais em várias áreas da reabilitação, de forma a adequar a qualidade dos serviços às necessidades da sociedade actual. Apresenta ainda um forte investimento na neuroreabilitação.

O CMRA é considerado um dos melhores hospitais na área da reabilitação em Portugal, estando vocacionado para a reabilitação de pessoas portadoras de deficiência de predomínio físico ou multi-deficiência congénita e adquirida, de qualquer idade, provenientes de todo o País e de países estrangeiros, porque tem permitido às pessoas reconstruírem as suas vidas após acidentes incapacitantes ou doença, tendo em vista a autonomia e maior independência possível. Visa, assim, providenciar e diligenciar, no máximo grau possível, a autonomia da pessoa, a sua dignidade e auto-estima, os seus direitos de cidadania e o seu envolvimento no tratamento.

Ao CMRA podem aceder os utentes do Serviço Nacional de Saúde, beneficiários de subsistemas de saúde e de outras entidades. Disponibiliza serviços em consulta, tratamento ambulatorio e internamento e a equipa interdisciplinar de cada serviço é coordenada pelo respectivo Director do Serviço, sendo constituída por enfermeiros de reabilitação e enfermeiros generalistas, especialistas em Medicina Física e de Reabilitação, internos do internato complementar, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, técnicos do serviço social, psicólogos, técnicos ortoprotésicos, dietistas e auxiliares de acção médica.

À chegada reparámos nas instalações e nomeadamente no padrão quadriculado do chão da instituição, pelo que o enfermeiro orientador nos explicou que a ideia de conceber um chão “quadriculado” surgiu inicialmente nos Estados Unidos e está relacionado com o estabelecimento de objectivos para a reabilitação. Ao percorrer uma distância no chão quadriculado, ter-se-á uma maior percepção do que se conseguiu e isso constitui-se como um estímulo para que no dia seguinte se possa avançar um pouco mais, trazendo em simultâneo benefício ao nível psicológico. Outra vantagem deste tipo de chão é permitir treinar o equilíbrio e a noção do espaço e limites, contribuindo para a reeducação da marcha.

Em qualquer serviço do CMRA o enfermeiro intervém no processo de reabilitação do utente, motivando-o para a sua recuperação e incentivando a família/cuidadores à parceria neste processo, capacitando-os para a continuidade dos cuidados após o regresso a casa.

Fomos apresentados à equipa e conhecemos os espaços disponíveis para desenvolver actividades com as pessoas dentro do serviço, assim como dos múltiplos produtos de apoio disponíveis, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados naquele serviço e optimizar a funcionalidade da pessoa.



Tomámos conhecimento da metodologia de trabalho e dos instrumentos de registo utilizados naquele serviço. Verificou-se assim que o instrumento de colheita de dados usado segue o modelo de Nancy Roper e o processo clínico detém toda a informação desde os relatórios médicos, passando pelos exames complementares de diagnóstico até ao processo de enfermagem. Existe ainda em cada processo individual um impresso usado na reunião da equipa interdisciplinar onde é registada uma avaliação inicial na semana da admissão do utente e define objectivos reais para o **projeto de reabilitação** daquela pessoa/família, tendo em conta as capacidades remanescentes; nesta reunião é definida uma reunião intermédia, mais ou menos 6 semanas após o internamento da pessoa, onde irá a família deve participar e, após esta, fica agendada nova reunião perto da data provável para a alta.

Tendo em conta que a experiência profissional nesta área era menor, houve necessidade de completar de forma consistente a formação teórico-prática, pelo que recorremos a bases de dados científicas, respondendo desta forma ao desenvolvimento de competências do domínio das aprendizagens profissionais relativamente às unidades de competência D1.1 e D1.2 do Regulamento nº 122/201. Deste modo, tivemos a oportunidade de ampliar as competências ao basear a prática clínica em conhecimentos científicos sólidos e consistentes, tendo em conta o objetivo da tomada de decisão em relação aos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neurológicas decorrentes de um traumatismo.

De acordo com a proposta individual de aprendizagem, o enfermeiro orientador teve um especial cuidado em programar atempadamente as actividades que iríamos realizar fora do serviço, tais como o período de observação no Unidade Terapêutica de Actividades da Vida Diária, nos Departamentos de Estudos Urodinâmicos e no Departamento das Provas de Função Respiratória.

#### **“Prestar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família com lesão neurológica de origem traumática”**

Recolhemos informação de forma a realizar a avaliação da pessoa e da situação clínica em concreto através de várias fontes, entre as quais a passagem de turno. Fizemos uma consulta aos processos clínicos das várias pessoas, principalmente à colheita de dados de enfermagem e aos exames complementares de diagnóstico. A recolha de dados foi complementada com uma entrevista informal à pessoa e a avaliação funcional da pessoa.

Neste contexto, a avaliação inicial é realizada, se possível nas primeiras 72 horas, implicando a avaliação da funcionalidade utilizando a *Escala de Medida de Independência Funcional* (MIF), com o objectivo de avaliar a independência para as

AVD, o controle dos esfíncteres, a mobilidade, a locomoção, a comunicação e a cognição social.

De acordo com FERREIRA *et al* (2010), esta escala pretende medir a independência funcional através de sete níveis que representam os graus de funcionalidade, variando da *independência* à *dependência*. A classificação de uma actividade em termos de dependência ou independência baseia-se na necessidade ou não de ajuda de uma outra pessoa e, se esta é necessária, em que proporções. Através desta é possível identificar os cuidados necessários a prestar para que a pessoa concretize as AVD. A MIF permite avaliar a carga global e os cuidados inerentes à incapacidade em causa, isto é, o tempo/energia que tem de ser ministrado para satisfazer as necessidades (dependências) da pessoa incapacitada que lhe permitam a obtenção e manutenção de uma certa qualidade de vida.

A avaliação neurológica é realizada pelo médico fisiatra nas primeiras horas, a qual compreende: a avaliação das sensibilidades dolorosa e táctil, a avaliação da função motora de acordo com o grau de força muscular e a avaliação da actividade reflexa autonómica. Com o apoio do enfermeiro cooperante, no decurso do plano terapêutico de reabilitação, foi-nos possível realizar a avaliação destas pessoas, utilizando as várias escalas disponíveis no serviço, como o índice de Barthel, o índice de Kats, a Escala de Asworth e a Escala de Lower, dando resposta à unidade de competência J1.1, do Regulamento nº125/2011.

Desta forma, foi possível desenvolver competência ao nível da avaliação funcional e nomeadamente em reconhecer as potencialidades de cada uma das escalas, de forma a aplicá-las de forma correcta (SCHMID *et al*, 2010).

Neste contexto, reconhecemos a multiplicidade de instrumentos de avaliação aplicados que permitem analisar a situação clínica antes, durante e depois das intervenções terapêuticas da equipa interdisciplinar; no entanto, não era efectuado a avaliação do risco de queda, tanto quanto nos pudemos aperceber.

No sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, deixámos a sugestão à equipa para propor, a nível institucional, a aplicação de uma escala de avaliação do risco para as quedas, deixando transparecer a possibilidade de intervir como elemento dinamizador no desenvolvimento de novos projetos institucionais, na perspetiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento nº122/2011).

Nos planos de intervenção individualizados para as pessoas a quem prestámos cuidados de enfermagem de reabilitação, foram mobilizados os recursos disponíveis, integrados num plano global de outros cuidados de enfermagem e das intervenções de outros elementos da equipa interdisciplinar.

Prestámos cuidados de enfermagem especializados dando realce á educação da pessoa/família, de forma a obter uma melhor colaboração e aprendizagem, tendo em conta a futura integração da pessoa na sociedade e enfatizando as competências que nos são reconhecidas ao nível da competência J2 (Regulamento nº125/2011).

O papel pedagógico do enfermeiro nesta instituição é fundamental, pois o ensino e treino das actividades da vida diária ao utente/ família/cuidadores permite minimizar e superar os medos e ansiedades inerentes à sua nova condição de vida. O ensino é um fator determinante na intervenção do enfermeiro com a pessoa e os cuidadores; a família é ensinada e treinada sempre que possível, desde o início e preparando a alta, tendo em conta o ambiente e as condições habitacionais. O enfermeiro dentro da equipa interdisciplinar avalia as condições de integração no domicílio e, quando necessário, faz uma visita de integração domiciliária e propõe as alterações adequadas na sua área de intervenção.

Um dos aspectos importantes neste contexto tem a ver com o facto de que as pessoas, logo que possível, são encorajadas a deslocarem-se a casa no fim-de-semana, tendo em conta que é uma possibilidade para que a pessoa /família, se apercebam das barreiras existentes e das eventuais adaptações que podem ser necessárias realizarem no domicílio, na maioria dos casos pouco adaptado às necessidades actuais, que podem ser discutidas com a equipa.

De acordo com a informação do enfermeiro orientador, é proposta em reunião de equipa uma visita ao domicílio da pessoa para averiguar as necessidades de adaptação funcionais e arquitectónicas do ambiente familiar. Esta visita pressupõe o acompanhamento do serviço social não só do Centro mas também dos técnicos de saúde do centro de saúde da área de residência da pessoa.

Relativamente às intervenções de enfermagem de reabilitação, estas foram iniciadas o mais precocemente possível, tendo havido a possibilidade de intervir com o intuito de manter a integridade cutânea e as amplitudes articulares em pessoas com LVM acamadas e com elevados graus de lesão.

Recordamos MIMOSO (2008) ao referir que a mobilização é um contributo para minimizar as consequências de uma LVM, reduzindo o risco de complicações e o declínio funcional. De acordo com FARIA (2006), os cuidados de reabilitação devem ser planeados dependendo da fase de evolução da lesão.

Em pessoas com TCE que toleravam o levante, foram programadas actividades terapêuticas no leito e no colchão do ginásio, com o intuito de promover o fortalecimento e resistência muscular. Para preparar o levante após o fortalecimento muscular foi realizado o treino de equilíbrio, quer estático quer dinâmico; iniciámos o treino progressivo no plano inclinado e o treino do ortostatismo numa mesa tipo

*standing frame*, assim como a reeducação postural global, recorrendo ao apoio do espelho quadriculado.

Reconhecida a hemiplegia como uma das incapacidades físicas residuais da pessoa com TCE, de acordo com SOUZA *et al* (2009) torna-se necessário investir em exercícios de resistência e força, reeducação postural, treino de equilíbrio e treino de ortostatismo, com o intuito da reeducação da marcha e independência nas AVD.

No estudo de coorte de WALKER *et al* (2007) (URL: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=27729def-2a07-41ca-8d8b-c82af360cd61%40sessionmgr13&vid=94&hid=11&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009762338>>), a existência de comprometimento neuromotor residual a longo prazo nos TCE graves é comum, pelo que afirma a necessidade de avaliações sucessivas da estabilidade corporal, ao observar o padrão da marcha. Os autores referem ainda a relação entre as alterações do sistema vestibular e o equilíbrio nos TCE. Daí a importância e a eficácia da reabilitação motora com exercícios de adaptação vestibular de substituição, exercícios para perda da função vestibular, educação no uso de dispositivos auxiliares e técnicas de sensibilização para evitar as quedas, assim como o ensino de exercícios de flexibilidade, equilíbrio e marcha.

Na perspectiva de GREVE (2008), o ortostatismo é uma mais-valia não só na vertente psicológica mas também com benefícios na componente física para além de prevenir a espasticidade. Tendo em conta que a reeducação da marcha era o nosso foco de atenção, realizámos treino de marcha em pessoas com AVC e pessoas com LVM de baixo grau que deambulavam com o auxílio de pirâmides e bastões.

Foram realizados ensinamentos à pessoa/família sobre a técnica de levantar e transferências, tendo em vista a máxima autonomia da pessoa aquando do seu regresso à comunidade.

Foram implementados programas de treino na realização das AVD, com recurso a dispositivos de compensação, mostrando capacidade para implementar estratégias adaptativas na presença de incapacidades (Regulamento nº 125/2011).

De acordo com o projeto individual de aprendizagem, realizamos períodos de observação na Unidade Terapêutica de Actividades da Vida Diária, onde os enfermeiros especialistas têm como objectivos: avaliar, orientar e treinar os utentes internos e externos e os seus cuidadores, na realização das AVD; avaliar a necessidade de produtos de apoio (cadeira rotativa, tábua para banho, compensação de sanita, barras de apoio, alcançador de objectos) mais adequados para executar as referidas actividades com segurança e menor dispêndio de energia; avaliar a necessidade de eliminar barreiras arquitectónicas e orientar as adaptações na habitação; realizar ensino aos familiares dos utentes mais dependentes de forma a

rentabilizarem o seu esforço na prestação de cuidados e participar com a equipa interdisciplinar na intervenção terapêutica domiciliária, com o intuito de maximizar a autonomia da pessoa.

Observámos a prática de algumas das actividades básicas que surgem no decurso do dia de vida como a funcionalidade na cadeira de rodas, as transferências para o leito, para a sanita e para a banheira; vestir-se e despir-se, calçar-se, pentear-se, fazer a barba e lavar os dentes. Constatámos a importância de relacionar as diferentes actividades funcionais com as AVD, para um maior rigor na execução das actividades terapêuticas pelas próprias pessoas, como referia FARIA (2006).

Assistimos à realização de estudos urodinâmicos para melhor compreender a resposta orgânica em situações de disreflexia autónoma e observámos a execução de provas de função respiratória, com o intuito de melhor perceber a fisiopatologia do aparelho respiratório e desenvolver competências ao nível dos programas de reeducação funcional cardio-respiratórias.

Neste contexto do estágio existe um Grupo de Reeducação Funcional Respiratória de Enfermagem, constituído por enfermeiros especialistas em reabilitação, com o objectivo de reduzir o risco de complicações respiratórias e permitir o envolvimento das pessoas/família, de forma a dar continuidade após a alta. Semanalmente, realiza-se uma sessão de esclarecimento e ensino sobre técnicas de reeducação funcional respiratória mas no período em que decorreu o estágio, o grupo encontrava-se em reestruturação. Assim, referenciamos neste registo como o aspeto menos conseguido neste contexto.

No âmbito da reeducação funcional da eliminação, instruímos a pessoa/família sobre o treino vesical (registo de ingeridos e eliminados) e auto – esvaziamentos assim como sobre o treino intestinal. Relativamente ao treino vesical este está dependente do estudo urodinâmico a que a pessoa é sujeita inicialmente e das avaliações contínuas do volume residual na bexiga com o “*Bladder Scan*”.

Deste modo, o enfermeiro de reabilitação sendo o elemento da equipa interdisciplinar que mais tempo passa junto da pessoa, encontra-se numa posição privilegiada para avaliar a condição de saúde e ajudar a determinar metas a curto, médio e longo prazo, permitindo-lhe actuar nos diferentes níveis de prevenção ao longo do ciclo vital e no *continuum* dependência/independência.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº 125/2011), este detém competências para avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam as limitações da atividade e incapacidade; concebe planos de intervenção com vista ao auto cuidado no processo de transição saúde /doença ou incapacidade,

implementa intervenções com o intuito de otimizar ou reeducar as funções e avalia os resultados dessas intervenções.

Assim, o enfermeiro especialista de reabilitação domina um conjunto de procedimentos técnicos, humanos e relacionais que podem facilitar a adaptação da pessoa à limitação da sua capacidade, reintegrando - a na realização das suas AVD, com o intuito de prevenir as complicações inerentes à situação clínica.

O sucesso de reabilitação da pessoa é influenciado pelo suporte que recebe da família quando esta é incluída desde o início no processo de reabilitação; daí que é fundamental na reabilitação de uma pessoa o envolvimento da família como elemento integrante da equipa interdisciplinar, no sentido de participar e dar continuidade no domicílio ao processo que está a ser implementado. Desta forma, o envolvimento da família como elemento integrante da equipa interdisciplinar, é imprescindível no processo de reabilitação implementado, conforme verificámos.

Quanto ao nosso objecto de estudo, parece-nos evidente que a reeducação da marcha é um objectivo a ter em consideração nos programas de reabilitação da pessoa com TCE, dado que esta mantém a longo prazo incapacidades motoras residuais, com forte influência no risco de queda.

Consideramos ter prestado cuidados de qualidade, contribuindo para a reabilitação da pessoa com alterações neurológicas de origem traumática, intervindo no processo de reabilitação de modo a torná-la o mais independente possível dentro de suas capacidade físicas e funcionais, ao promover e incentivar o auto-cuidado através do ensino e do treino, com o intuito de preparar a pessoa com deficiência para conviver social e familiarmente da melhor maneira possível e com qualidade.

### 3.3 - ESTÁGIO EM CONTEXTO HOSPITALAR DE COMPONENTE OPCIONAL

As doenças cerebrovasculares sendo a principal causa de morte na população portuguesa e as sequelas podendo causar grande incapacidade psicomotora, exigem cada vez mais uma rápida intervenção dos serviços de saúde e uma resposta eficiente por parte de uma equipa interdisciplinar, onde se inclui o enfermeiro de reabilitação.

O AVC é mundialmente considerado como uma emergência médica, pois a destruição neuronal é rapidamente progressiva e o sucesso do tratamento é dependente do tempo. Os tratamentos actualmente propostos devem ser iniciados dentro de um curto espaço de tempo e, por esse motivo, os serviços de emergência têm-se adaptado a essa nova realidade e vêm contribuindo para um melhor prognóstico destes doentes. Quando as manifestações vasculares surgem, o encaminhamento para uma unidade hospitalar deve ser rápido. Nesta altura, o

tratamento do AVC passa a ser uma emergência, implicando uma actuação oportuna, rápida e com procedimentos sistematizados.

Neste sentido, a Direcção Geral da Saúde em 2001 publicou as *Recomendações para o Desenvolvimento das Unidades de AVC* e, desde então, têm surgido por todo o país hospitais nos quais foi implementada esta valência.

O tratamento intra – hospitalar, implica uma sequência de procedimentos e cuidados que requer o envolvimento de uma equipa interdisciplinar com preparação específica.

A equipa de enfermagem é reconhecida pela equipa interdisciplinar como fundamental no acompanhamento das pessoas com AVC. É-lhe atribuída a responsabilidade de definir e uniformizar os procedimentos do cuidar, desde a fase aguda até à alta hospitalar, uma vez que esta uniformização tende a minimizar as consequências físicas e emocionais, ao prevenir as complicações e, ao mesmo tempo, permite iniciar o processo de reabilitação tão precocemente quanto possível (DGS, 2010).

É reconhecido o papel do enfermeiro como educador da pessoa/família relativamente ao auto cuidado, quando ensina, demonstra e treina técnicas de mobilização, transferências, alimentação, higiene, eliminação e vestir/despir. A continuidade dos cuidados e o apoio fora do hospital depende do estabelecimento de uma comunicação, entre o enfermeiro e outros técnicos, uma vez que este se torna o elemento facilitador para a transmissão de informações.

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 111/2009), ser enfermeiro implica “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

Após a alta hospitalar, tendo em conta a elevada morbilidade do AVC, é necessário a continuidade dos cuidados de reabilitação, que devem ser iniciados de forma precoce e prosseguirem, tanto em outras unidades como no domicílio.

Ao escolher o contexto em questão, pretendíamos desenvolver competências na área do **cuidar à pessoa/família com AVC em fase aguda** em contexto hospitalar, pelo que delineámos objetivos que materializassem as nossas expectativas.

#### **“Conhecer a dinâmica da U-AVC do Serviço de Medicina IV do HSFx com evidência no papel do enfermeiro de reabilitação”**

O contexto opcional do Estágio II decorreu no Serviço de Medicina IV (U – AVC) do Hospital de S. Francisco Xavier (HSFX), entre 24 de Janeiro e 18 de Fevereiro de 2011.

O Hospital de S. Francisco Xavier encontra-se integrado, desde 31 de Dezembro de 2005, no Centro Hospital de Lisboa Ocidental, EPE., do qual também fazem parte o Hospital Egas Moniz e o Hospital de Santa Cruz.

A Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (U-AVC) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental foi, em 1 de Julho de 2008, integrada na rede de unidades da *Via Verde do AVC* como uma unidade de *tipo A*, ou seja, do nível mais diferenciado. Esta unidade, integrada no Serviço de Medicina IV no Hospital de São Francisco Xavier, tem seis camas e a assistência é assegurada por uma equipa interdisciplinar sendo a responsabilidade clínica partilhada entre a especialidade de Medicina Interna e a Neurologia. A decisão de admissão nesta unidade é da responsabilidade do médico de serviço na U-AVC que privilegia as pessoas que possam beneficiar desta Unidade, como sejam pessoas com AVC isquémico ou hemorrágico com menos de 24 horas de evolução na admissão ou com instabilidade neurológica ou hemodinâmica e que tenham potencial de recuperação.

O objectivo do internamento das pessoas nesta unidade é diminuir a taxa de complicações, a mortalidade e os custos por doente tratado, melhorando a recuperação funcional e o seu prognóstico de uma forma global. Estes resultados são explicáveis pela introdução de protocolos, melhores registos, mais formação e experiência dos profissionais e pela integração dos cuidados de uma equipa interdisciplinar.

O encaminhamento das pessoas para estas unidades é feito pelo Centro de Orientação de Doentes Urgente (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), após a recepção da chamada pelo 112.

Tivemos oportunidade de compreender a dinâmica da *Via Verde do AVC*, embora não tenha sido possível testemunhar o tratamento tromboembólico em nenhuma das pessoas admitidas na unidade, no período em que decorreu o nosso estágio. Acompanhámos a admissão das pessoas na unidade com AVC hemorrágico ou isquémico; no entanto, as situações de AVC isquémico não cumpriam os requisitos obrigatórios para serem submetidas a trombólise. Relativamente aos cuidados de enfermagem, descritos como funções interdependentes estão padronizados em protocolos na unidade, pelo que o enfermeiro apenas tem de seguir os protocolos a partir da admissão da pessoa nesta unidade.

Os enfermeiros especialistas desta equipa evidenciam-se pelos conhecimentos e nos procedimentos específicos que executam. No entanto, pelo que pudemos observar no seio da equipa interdisciplinar, nem todos os enfermeiros especialistas daquela equipa são reconhecidos como tal, sendo por isso um exercício ainda por evidenciar pelos enfermeiros especialistas.



Na nossa perspectiva, a equipa desta unidade trabalha como um grupo multidisciplinar e não como uma equipa interdisciplinar, como é preconizado para este modelo de unidades. Os diferentes grupos de profissionais (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta da fala, etc.), não reúnem para discutir o percurso terapêutico e/ou definir objetivos conjuntos, funcionando com metas específicas estabelecidas por cada técnico, esperando que o esforço individual de cada um tenha resultados.

De acordo com CECATTO (2010), as equipas deverão ser interdisciplinares para que o plano terapêutico contemple as áreas motoras, cognitivas, emocionais, sociais e familiares.

Verificámos nesta unidade diferentes apoios clínicos necessários ao diagnóstico e à intervenção precoce numa situação aguda de AVC. Desde a entrada, a pessoa é avaliada por diferentes especialidades e submetida a múltiplos exames complementares de diagnóstico de forma célere. Após o diagnóstico, é realizada uma investigação etiológica tão completa quanto possível, de forma a identificar uma causa específica, de acordo com as Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico (DGS, 2008). A identificação da etiologia num AVC isquémico tem importantes implicações clínicas em termos de prognóstico, tendo um impacto substancial na atribuição de um risco de recorrência e permite a orientação a curto prazo da instituição de terapêutica de prevenção secundária. A pessoa, enquanto utente desta unidade, é submetida a múltiplas avaliações e é encaminhada às diferentes especialidades após a alta da unidade, quer seja para o domicílio quer para outras unidades de internamento.

Quanto ao método de trabalho, este aponta para o método de enfermeiro responsável, onde um ou dois enfermeiros, dependendo das HCN nas enfermarias, assumem os cuidados aos utentes da unidade. É da responsabilidade do enfermeiro especialista, que assume a função de responsável de equipa, gerir os elementos da equipa pelas diferentes unidades de cuidados (Medicina IV, internamento de hematologia, UCIM e U-AVC) no seu turno.

Nesta unidade hospitalar, em concordância com o Regulamento nº122/2011, é reconhecido ao enfermeiro especialista competências no domínio da gestão dos cuidados, onde adapta a liderança e a gestão de recursos às situações visando a optimização da qualidade dos cuidados.

De acordo com o mesmo Regulamento, parece-nos pertinente a intervenção do enfermeiro especialista, no sentido de identificar as necessidades do serviço em termos de produtos de apoio e seleccionar e propor a sua aquisição assim como zelar pela boa utilização e conservação dos mesmos. Nesta unidade não existem muitos produtos de apoio, embora a enfermeira orientadora tenha vindo a encetar esforços na

aquisição sobretudo de almofadas, tábuas e tapetes de transferência, tendo em conta o grau de dependência da população alvo. Existem, no entanto, uma cadeira sanitária com rodas giratórias, um elevador de transferência, meias de contenção elástica e equipamentos especiais anti-escaras, nomeadamente os colchões de pressões alternadas.

Consultámos os protocolos e normas existentes no serviço, para melhor conhecer e integrar a dinâmica da U- AVC e verificámos que existem normas de procedimentos desde a admissão até à alta da pessoa na unidade mas apenas a norma de procedimentos relativamente á dieta e técnica de alimentação em função do grau de disfagia se referem às funções autónomas do enfermeiro, assim como a norma do guia de ensino programado ao doente/família internado com AVC, que ainda se encontra em fase de implementação. Estes protocolos definidos na área das funções independentes do enfermeiro vêm demonstrar a competência dos enfermeiros especialistas no domínio da gestão dos cuidados, ao intervir na melhoria da informação para o processo de cuidar e ao criar guias orientadores para as práticas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados (Regulamento nº122/2011).

Existem protocolos para controlar hiperglicémias e hipoglicémias, HTA e para a administração de rTPA; no entanto, estes dependem sempre da prescrição médica. No período que precede a trombólise, existe um protocolo de actuação de enfermagem relativamente à avaliação dos sinais vitais; ao estado de consciência, à linguagem e à força muscular.

Tivemos oportunidade de verificar a existência de vários panfletos elaborados pelos enfermeiros especialistas relativos a diferentes temas, nomeadamente sobre; *“Cuidados ao doente com disfagia”, “Posicionar um doente que sofreu AVC”, “Cuidados à pessoa com traqueostomia”* e *“Produtos de apoio para o doente com AVC”*, destinados sobretudo à equipa de enfermagem e ao utente/família deste serviço (Medicina IV), dando resposta às competências do domínio das aprendizagens profissionais do Regulamento nº 122/2011.

### **“Prestar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/ família com AVC na fase aguda”**

Para identificar as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa/família com AVC na fase aguda, iniciámos a recolha de informação, através da consulta os processos clínicos, em formato papel, onde tomámos conhecimento das avaliações médicas e dos relatórios dos exames complementares de diagnóstico. Relativamente ao processo clínico de enfermagem, este encontra-se informatizado através do SAPE. Após a identificação do diagnóstico, nomeadamente AVC isquémico ou hemorrágico, em conjunto com a enfermeira experienciámos a aplicação de vários

instrumentos de avaliação funcional e neurológicos instituídos nesta unidade, para a avaliação da pessoa com AVC. Desta forma, foi-nos possível desenvolver e demonstrar competências ao nível da unidade de competências J1.1 do Regulamento nº 125/2011.

Nesta unidade a *escala de NIHSS* (National Institute of Health Stroke Scale) é reconhecida pelos profissionais de saúde como uma ferramenta útil para medir a gravidade clínica do AVC. É usada nas salas de emergência, nas unidades de AVC e nas unidades de cuidados intensivos, sendo considerada a escala padrão para os estudos clínicos em AVC.

No estudo observacional de SCHMID *et al* (2010) (< URL: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=95e40936-e647-4708-a35d-340d4e8cfdc6%40sessionmgr113&vid=27&hid=106&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010874854>>), concluiu-se que a avaliação da gravidade do AVC pelo NIHSS é uma mais-valia para identificar de forma precoce os pacientes em risco de cair, podendo beneficiar de uma avaliação adicional do risco de queda. Para os autores, a queda é um fator importante a considerar mesmo antes de a pessoa transitar para a reabilitação sendo sugerida a necessidade de prevenção das quedas logo após o AVC.

Através de uma avaliação sistemática com a escala NIHSS é possível detectar o agravamento ou a recuperação neurológica em resposta à terapêutica instituída e ao prognóstico após o AVC. Na fase aguda, as alterações da consciência podem prever o prognóstico da doença conforme referem CECCATTO e ALMEIDA (2010).

Foram usadas de forma sistemática as Escalas de Coma de Glasgow, a Escala de Asworth e a Escala de Lower, a Escala de Equilíbrio de Berg, a Escala de Morse e a Escala de Braden, estando estas contidas no SAPE.

Os mesmos autores fazem referência à importância de avaliar, para além do nível de consciência, os *deficits* motores, de sensibilidade e de mobilidade; os transtornos sensitivos e visuais, os *deficits* da fala e da linguagem, a disfagia e a dor.

De acordo com WEERDESTEYN *et al* (2008), é necessário investir em medidas preventivas eficazes e eficientes, direccionadas sobretudo para as pessoas com AVC, corroborando MARTINS (2002), que defende a implementação precoce dos planos de intervenção, de forma a evitar as situações de contracturas e atrofia musculares decorrentes da imobilidade característica destas pessoas.

Ao integrar a equipa interdisciplinar de saúde, devemos estar atentos tanto à prevenção de fatores de risco do AVC, como às sequelas e consequências provocadas pela doença e pela imobilidade, para que essas pessoas sejam alvo de cuidados de enfermagem de forma individualizada nas diferentes áreas do processo

de reabilitação e a sua capacidade funcional seja preservada o máximo possível, garantindo a qualidade de vida.

Neste contexto, o SAPE está bastante pormenorizado no que diz respeito às intervenções do enfermeiro especialista, permitindo um planeamento específico destas. Após a avaliação, elaborámos os planos de cuidados para as pessoas a quem prestámos cuidados de enfermagem de reabilitação tendo mobilizado os recursos disponíveis em cada situação e dando resposta às competências regulamentadas pela unidade de competências J1.2, do Regulamento nº 125/2011.

Tendo em conta que as pessoas se encontravam numa fase ajuda da doença (24 a 72 horas), as intervenções de enfermagem de reabilitação residiram sobretudo em estratégias para estabilizar a situação clínica da pessoa e controlando os problemas sistémicos que pudessem influenciar de forma negativa o prognóstico. Ao nível respiratório, procedeu-se ao suporte respiratório e ventilação mecânica sempre que necessário, havendo situações em que foi necessário realizar cinesioterapia respiratória. Foram ainda monitorizados outros parâmetros vitais de acordo com os protocolos existentes na unidade, devido ao risco de complicações associadas ao AVC na fase aguda.

Ao nível da mobilização e tendo em conta o risco de TVP e TEP, está protocolado o uso de meias de contenção em todas as pessoas que são ali internadas. Em pessoas acamadas actuou-se com o intuito de manter a integridade cutânea com a alternância de decúbitos e os posicionamentos de acordo com o padrão de recuperação, demonstrando competências ao nível da unidade de competência J1.3, do Regulamento nº125/2011.

De acordo com HOEMAN (2011), a enfermeira de reabilitação é o elemento da equipa que detém maior responsabilidade na vigilância das características da pele e conhece técnicas que podem assegurar a manutenção da integridade cutânea.

Sabendo que estas pessoas apresentam um período de flacidez muscular, houve uma atenção especial nas mobilizações osteoarticulares com o intuito de prevenir a síndrome do ombro doloroso e as subluxações, nas mobilizações passivas no hemicorpo afectado e activas assistidas do hemicorpo contralateral, no ensino à pessoa de exercícios isométricos e o incentivo para a auto – mobilização, verificando-se desenvolvimento de competências na elaboração e implementação de programas de treino motor de acordo com a unidade de competência J3.1, do Regulamento nº 125/2011.

Foram realizadas actividades terapêuticas no leito, nomeadamente o treino de equilíbrio, quer estático quer dinâmico, com o intuito de preparar o levante e a marcha.

As atividades desenvolvidas decorreram de acordo com a capacidade funcional da pessoa, de forma a promover o alinhamento corporal com os posicionamentos no leito e a manutenção da amplitude articular e muscular, os exercícios de resistência e coordenação, a técnica de levantar e transferência tendo em vista o treino de marcha, assim como o treino de algumas AVD como fazer higiene e vestir-se, pentear-se, lavar os dentes e alimentar-se. Na implementação destas atividades pretendia-se maximizar a funcionalidade da pessoa desenvolvendo as capacidades remanescentes, como é regulamentado nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Segundo SCHMID *et al* (2010) (URL: <  
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=95e40936-e647-4708-a35d-340d4e8cfdc6%40sessionmgr113&vid=27&hid=106&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010874854>>), dada a associação entre as quedas e as alterações do estado funcional, as intervenções de reabilitação devem ser implementadas de forma precoce, de forma a evitar as quedas após o AVC.

De acordo com o Regulamento nº125/2011 e mostrando competências para capacitar a pessoa com deficiência ou limitação para a reinserção e exercício da cidadania, foram realizados ensinamentos e treinos à pessoa/família acerca dos exercícios terapêuticos fundamentais para a prevenção de complicações e a manutenção da capacidade funcional, tendo em vista a máxima autonomia da pessoa no domicílio.

Envolvemos a família estimulando a interação do cuidador sobretudo durante as refeições. No entanto, a permanência da família é restrita a dois períodos de uma hora/dia, o que de alguma maneira dificulta, na nossa opinião, a integração do cuidador no processo de reabilitação. Consideramos que desde a fase aguda é importante envolver o prestador de cuidados ou pessoa significativa nos cuidados, com o intuito de lhe transmitir conhecimentos e de acompanhar a evolução da pessoa, tornando-se mais fácil a preparação para a alta, ao diminuir o *stress* da pessoa e do principal cuidador.

Relativamente às alterações da comunicação, houve oportunidade de conjuntamente com a terapeuta da fala observar algumas das avaliações desta relativamente ao *deficit* de comunicação de algumas pessoas. Foram momentos de aprendizagem importantes, tendo em conta o reconhecimento das alterações na comunicação que podem surgir na sequência de um AVC e dos *deficits* neurológicos. Tomámos consciência que as intervenções de enfermagem nesta área têm como objectivo principal providenciar um ambiente tranquilo, dar tempo à pessoa para se expressar e estimulá-la a usar outras formas alternativas de comunicação.

De acordo com a norma de procedimento da dieta e técnica de alimentação em função do grau de disfagia aplicada nesta unidade, avaliámos as pessoas e intervimos na prescrição da dieta apropriada e no ensino/treino de exercícios para melhorar o processo de deglutição. Realizámos ensinamentos à família sobre a adaptação da alimentação e os cuidados inerentes a uma pessoa com disfagia, dando resposta desta forma ao desenvolvimento de competências ao cuidar da pessoa com necessidades especiais na AVD Alimentação (Regulamento nº125/2011, Competência J1).

Dado que a pessoa se encontrava numa fase aguda da sua doença, nem sempre foi possível fazer uma avaliação do risco de incontinência urinária, alterações esfinterianas ou de bexigas neurogénicas, assim como das alterações intestinais funcionais. No entanto, é de referir que é prática comum nesta unidade o incentivo da pessoa ao uso de dispositivos no leito como o urinol e/ou a arrastadeira.

Sempre que a situação clínica o permitiu, houve a possibilidade de maximizar a autonomia da pessoa na AVD Higiene Pessoal, tendo presente a importância do autocuidado no sentido de proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir a autonomia após uma doença ou incapacidade, como refere HOEMAN (2011).

Da literatura consultada, CZERNUSZENKO *et al* (2009) (<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4622f3cf-a69b-4a65-a07f-a2540e972766%40sessionmgr4&vid=5&hid=13>>) referiram que a avaliação das ADV é uma ferramenta importante para identificar as pessoas com alto risco de queda, tal como o uso de testes funcionais. A avaliação das pessoas durante as atividades permite identificar mais fatores de risco do que apenas fazer uma avaliação por escalas de comprometimento. Estes autores defendem que os objetivos da reabilitação devem ser definidos tendo em conta as atividades suscetíveis de promover os eventos de quedas como as transferências, mudanças de posição e tarefas de execução na posição de sentado.

De acordo com WEERDESTeyN *et al* (2008), os eventos de quedas ocorrem sobretudo no período pós alta do internamento de reabilitação, sugerindo que durante o período de internamento de reabilitação as pessoas não são preparadas para as dificuldades que podem encontrar na comunidade. Estes autores fazem referência a algumas actividades mais propensas à ocorrência de quedas, como as transferências, caminhar ou executar exercícios. Neste estudo também é reconhecida a eficácia dos programas de exercício que contemplam a complexidade das AVD e, por isso, devem ser incluídos no programa de reabilitação.

Na avaliação neurológica, tivemos oportunidade de verificar as alterações sensoriais decorrentes do *deficit* neurológico de cada pessoa e a nossa atuação

decorreu sobretudo sobre a identificação de métodos compensatórios para que a pessoa/família se adaptasse a essa nova situação de saúde.

Manifestamos contentamento relativamente ao progresso pessoal na avaliação neurológica da pessoa acometida de AVC. Com o acompanhamento da enfermeira orientadora e atendendo às escalas de avaliação neurológica aplicadas na Unidade, exercitámos a avaliação neurológica de uma forma mais aprofundada, tendo sido muito gratificante verificar no decurso do estágio, a crescente autonomia nesta área. Aprofundámos conhecimentos na reeducação funcional respiratória onde identificámos dificuldades, designadamente sobre a ventilação mecânica não invasiva. Este contexto contribuiu assim para ampliar os horizontes na área da enfermagem de reabilitação e aumentou o interesse pela área da neurologia não traumática.

Relativamente ao nosso objeto de estudo, verificámos que a intervenção do enfermeiro ao elaborar e implementar planos terapêuticos com exercícios para aumentar a força e a manutenção da amplitude do movimento, facilitar o feedback proprioceptivo, instruir a pessoa sobre como movimentar e apoiar o membro hemiplégico, desenvolver a estabilidade postural e o controlo dos movimentos com rolamentos e movimentos do decúbito dorsal para a posição sentada, melhorar o controlo do tronco e da pélvis e desenvolver o controlo do equilíbrio dinâmico e reacções de defesa, numa fase aguda da doença, permite desenvolver e/ou manter a capacidade funcional para que a marcha venha a ser um objetivo facilmente alcançado, com a consequente redução do risco de ocorrência de queda num futuro próximo.





#### **4 - CONCLUSÃO**

Foi pretensão deste registo descrever e refletir sobre a nossa intervenção enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, no contexto do Estágio II.

Exigiu momentos de reflexão sobre a relevância da prática obtida ao longo da atividade profissional, assim como dos conhecimentos adquiridos e das atividades desenvolvidas durante a formação especializada, tornando esta experiência enriquecedora, ao consolidar os saberes para proceder como elemento de referência perante os pares, no que diz respeito à implementação de estratégias inovadoras e modificações no desempenho que visam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Permitiu-nos desenvolver o pensamento crítico e reflexivo, relativamente à prática da enfermagem e nomeadamente no âmbito da especificidade do enfermeiro especialista em reabilitação. Tendo em conta os objectivos delineados para o Estágio II e o desenvolvimento das competências ao nível do enfermeiro especialista, consideramos ter atingido todos os objetivos com sucesso contribuindo para a realização tanto pessoal como profissional.

Na perspetiva do desenvolvimento profissional, enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, foi identificada uma área específica a aprofundar, a problemática da marcha na pessoa com alterações neurológicas. Esta temática emergiu durante o estágio e constatámos a sua pertinência ser reiterada pela literatura, ao reconhecer a alteração do padrão da marcha como um dos fatores predisponentes para as quedas na pessoa com alterações neurológicas.

Através da metodologia PI[C]O com recurso à revisão sistemática da literatura, foi trabalhada esta questão, no sentido de compreender se a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação na reeducação da marcha permite minimizar o risco de quedas na pessoa com alterações neurológica.

Consideramos que a visibilidade da enfermagem deve ser construída e fundamentada com a prática baseada na evidência, que mostra ser a melhor forma de integrar os desenvolvimentos mais recentes da investigação científica na prática clínica diária dos enfermeiros.

Pensamos ter feito a melhor seleção da informação e das evidências científicas. No entanto, tornou-se difícil a escolha de conteúdos numa área ainda

pouco divulgada no âmbito da enfermagem mas estamos convencidos que seleccionámos com pertinência o que nos surgiu como mais significativo e melhor traduziu o conhecimento adquirido e o caminho percorrido.

Um dos fatores limitativos para a seleção dos artigos teve a ver com o facto da quase inexistência de artigos elaborados por enfermeiros que resultassem da sua prática clínica.

Relativamente ao nosso objeto de estudo, parece-nos evidente que a reeducação da marcha é um objetivo importante nos programas de reabilitação na pessoa com afeções neurológicas, dado que esta mantém a longo prazo incapacidades motoras residuais e por esta via poderá obter-se uma minimização do risco de queda.

Ao interpretar os dados provenientes da evidência científica, relativamente ao cuidar da pessoa, verificámos que o conhecimento científico autentica a enfermagem de reabilitação como um processo que começa nos cuidados preventivos imediatos e se baseia em consistentes fundamentos teóricos e científicos na medida em que pretende, promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência, tendo em conta os níveis máximos de independência funcional nas AVD, quer numa fase aguda da doença quer num estágio mais avançado.

É reconhecido que a esfera de ação dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação é abrangente e inclui a prevenção, a avaliação precoce e implementação de programas de assistência, tendo em conta que os resultados esperados permitem desenvolver e/ou manter a capacidade funcional, o aumento da independência nas AVD e a consequente melhoria de qualidade de vida para a pessoa.

A elaboração deste relatório foi bastante importante para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, uma vez que pretendemos contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Finalizamos conscientes de que o caminho percorrido não constitui o fim de um processo mas simplesmente o princípio de uma nova forma de saber ser, saber estar, saber fazer, perante a pessoa/família com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, C.F.; ASSIS, M. - Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo da demanda do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [Em linha]. 12 (3) (2009) [consultado em 02.10.11]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n3/pdf/art\\_6.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n3/pdf/art_6.pdf)>

ALMEIDA, R.A.R.; ABREU, C.C.F.; MENDES, A.M.O.C. - Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Rev. Enfer. Referência.** [Em linha]. III Série, nº 2 (2010) [consultado em 02.10.11]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a17.pdf>>

ANDRADE, A. F.; PAIVA, W. S.; AMORIM, R. L.O.; FIGUEIREDO, E.G.; NETO, E.R.; TEIXEIRA, M.J. - Mecanismo de lesão cerebral no traumatismo crânio encefálico. **Revista da Associação Médica Brasileira.** [Em linha]. Vol. 55, n. 1 (2009) [consultado em 11.12.10]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n1/v55n1a20.pdf>

ANDRADE, L.T.; ARAÚJO, E.G.; ANDRADE, K.R.P.; SOARES, D.M.; CIANCA, T.C.M. - Papel da enfermagem na reabilitação física. **Rev. Brasileira. Enfermagem.** [Em linha]. Nov. – Dez. 63, (6) (2010) [consultado em 11.12.10]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf>>

BRANCO, T.; SANTOS, R. (2010). **Reabilitação da pessoa com AVC.** Coimbra: Formasau – Edições Sinais Vitais. 152 p. ISBN 978-989-8269-09-6

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D.S. Princípios e Práticas de Reabilitação. In: SWELTZER S.C., BARE B.G., In BRUNNER E SUDDART: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** (2011).10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-852-7718-39-4

CAMPBELL, G.B.; MATTHEWS, J.T. - An Integrative Review of Factors Associated With Falls During Post-Stroke Rehabilitation. **Journal of Nursing Scholarship**. [Em linha]. 42 (4) (2010) [consultado em 10.11.11]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e04ec20d-0600-4734-bf07-4f3fa39271c5%40sessionmgr13&vid=1&hid=24>>

CANCELA, D.M.G. - O acidente vascular cerebral – Classificação, principais consequências e reabilitação. **O Portal dos Psicólogos**. [Em linha]. (2008) [consultado em 10.10.10]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>>

CECATTO, R.B.; ALMEIDA, C.I. - O planeamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico. **ACTA FISIATRA**. [Em linha]. 17(1) (2010) [Consultado em 27.02.2011]. Disponível em WWW: <URL:[http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/215A71A12769B056C3C32E7299F1C5ED/40a46\\_OplanejamentoDaReabilita%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/215A71A12769B056C3C32E7299F1C5ED/40a46_OplanejamentoDaReabilita%C3%A7%C3%A3o.pdf)>

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. (2011). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. CIPE - Versão2. 1ª Ed., 176 p. Lusodidacta, Loures. Autor. ISBN 978-929-5094-35-2

CRAIG, J.; SMYTH, R. (2004). **Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros**. Camarate: Lusociência. 326 p. ISBN 978-972-8383-61-9

CZERNUSZENKO, A.; CZLONKOWSKA, A. - Risk factors for falls in stroke patients during inpatient rehabilitation. **Institute of Psychiatry and Neurology, Second Department of Neurology**, Clinical Rehabilitation. [Em linha]. 23, (2009) [Consultado em 11.10.2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4622f3cf-a69b-4a65-a07f-a2540e972766%40sessionmgr4&vid=5&hid=13>>

DECRETO-LEI nº111/2009. D.R., 1.ª série, N.º 180, 2009-02-16,p. 6528-6550 [Em linha] [Consultado em 10.10.2011] Disponível em WWW: <URL:[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei\\_11109\\_16\\_Setembro\\_EstatutoOE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_11109_16_Setembro_EstatutoOE.pdf)>

EBSCOhost. [Em linha]. [Consultado 2011.09.30]. Disponível em WWW: <[URL: http://search.ebscohost.com/](http://search.ebscohost.com/)>

FARIA, F. - Lesões vértebro – medulares – A perspectiva da reabilitação, **Revista Portuguesa de Pneumologia**, [Em linha]. Vol. XII, nº1 (Supl. 1) Fevereiro (2006) [Consultado em 20.12.2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.sppneumologia.pt/sites/sppneumologia.pt/files/pdfs/RPP\\_2006\\_1\\_55\\_Reabi.pdf](http://www.sppneumologia.pt/sites/sppneumologia.pt/files/pdfs/RPP_2006_1_55_Reabi.pdf)>

FARO, A.C.M.; PERLINI, N.M.O.G. - Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**. [Em linha]. 39(2) (2005) [Consultado em 20.12.2010]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/05.pdf>>

FARO, A.C.M. - Enfermagem em reabilitação: Ampliando horizontes, Legitimando o saber. **Rev. Esc. Enferm. USP**. [Em linha]. 40 (1) (2006) [Consultado em 20.12.2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>>

FERREIRA, S.; SORIANO, F.; BARALDI, K. - Escalas de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós acidente vascular encefálico. **Conscientiae Saúde**. [Em linha]. 9 (3). (2010) [Consultado em 12.10.2010] Disponível em WWW: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/929/92915180024.pdf>>

FIGUEIREDO, K.; LIMA, K.C.; GUERRA, R.O. - Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. [Em linha]. 9 (4) (2007) [Consultado em 12.10.2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/4111/16645>>

FRANZOI, A.C., KAGOHARA, N.S. - Correlação do perfil de deambulação e velocidade da marcha em um grupo de pacientes hemiplégicos atendidos em um centro de reabilitação. **ACTA FISIATR**. [Em linha]. 14(2) (2007) [Consultado em 17.09.2011]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.actafisiatr.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/7EACB532570FF6858AFD2723755FF790/acta\\_14\\_02\\_pgs\\_078-081%20Correla%C3%A7%C3%A3o%20do%20perfil%20de%20deambula%C3%A7%C3%A3o%20e%20velocidade%20da%20marcha%20em%20um%20grupo%20de.pdf](http://www.actafisiatr.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/7EACB532570FF6858AFD2723755FF790/acta_14_02_pgs_078-081%20Correla%C3%A7%C3%A3o%20do%20perfil%20de%20deambula%C3%A7%C3%A3o%20e%20velocidade%20da%20marcha%20em%20um%20grupo%20de.pdf)>

GREVE, J. - **Reabilitação do Doente Politraumatizado. Portal Racine.** [Em linha]. (2008) [Consultado em 17.09.2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.racine.com.br/portal-racine/fisioterapia/reabilitacao-do-paciente-politraumatizado>>

HESBEEN, W. (2003). **A Reabilitação, criar novos caminhos.** 1ª Edição. Loures: Lusociência. 184 p. ISBN 978-792-8383-43-5

HOEMAN, S. P. (2011). **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados.** 4ª ed. Loures. Lusodidacta. 859 p. ISBN: 978-989-8075-31-4

JACKSON, M.; JACKSON, L. (2007). **Guia de Bolso de Enfermagem Clínica,** 1ª ed. Editora Artmed. 240 p. ISBN 978-853-6309-13-2

KHAN, F.; BAGULEY, I.J.; CAMERON, I.D. - 4: Rehabilitation after traumatic brain injury. **MJA Practice Essentials, Rehabilitation Medicine.** [Em linha]. Vol. 178, (2003). [Consultado em 17.09.2011]. Disponível em WWW: <URL: [https://www.mja.com.au/sites/default/files/issues/178\\_06\\_170303/kha11095\\_fm.pdf](https://www.mja.com.au/sites/default/files/issues/178_06_170303/kha11095_fm.pdf)>

LAZZARESCHI, L.- **Avaliação da reabilitação da marcha em pacientes acometidos por acidente vasculares encefálicos isquémico (AVEi).** [Em linha] Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo. 2010. 55 p. Dissertação de Mestrado [Consultado em 17.09.2011]. Disponível em WWW: < URL: [http://200.136.79.4/mestradoCS/materiais/dissertacoes/Leandro\\_Lazzareschi.pdf](http://200.136.79.4/mestradoCS/materiais/dissertacoes/Leandro_Lazzareschi.pdf)>

MACHADO, A. (2005). **Neuroanatomia Funcional.** 2ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Atheneu, LTDA. 364 p. ISBN 8573790695

MARTINS, M.M. (2002). **Uma crise Acidental na família: O doente com AVC,** Coimbra. Formasau

MARTINS, T. (2006). **Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores.** Coimbra. Formasau. ISBN 972-8485-65-4

MELO, E.G.; AZEVEDO, E. - Quedas no idoso. **Temas de Reumatologia Clínica.** [Em linha]. 8 (4). (2007) [Consultado a 2011.12.09] Disponível em WWW: <URL: <http://www.cerir.org.br/pdf/TReuma4-07-Queda%20no%20idoso-ok.pdf>>

MIMOSO, T.P.; COSTA, A; CRISPIM, D; MADEIRA, J. - Exercício Físico em Utentes com Lesão Vértebro-Medular. **ESSFISIONLINE**. [Em linha]. 4 (4) (2008) [Consultado a 2010.12.09] Disponível em WWW: <URL: [http://www.ifisionline.ips.pt/Arquivos\\_EssFisio\\_files/vol4n4.pdf](http://www.ifisionline.ips.pt/Arquivos_EssFisio_files/vol4n4.pdf)>

MOREIRA, D.; GODOY, J.R.; JÚNIOR, W.S. (2004). **Anatomia e cinesiologia do aparelho locomotor**. Brasília. Thesaurus. ISBN 857062395

MOREIRA, R.P.; COSTA, A.G.S.; OLIVEIRA, A.R.S.; CAVALCANTE, T.F.; ARAÚJO, T.L. - Identificação do risco de quedas em Idosos após acidente vascular encefálico. **Esc. Anna Nery**. [Em linha]. 14(4) (2010) [Consultado em 27.10.2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a05.pdf>>

MOREIRA, R.P.; COSTA, A.G.S.; OLIVEIRA, A.R.S.; ALVES, F.E.C.; CHAVES, D.B.R.; ARAUJO, T.L. - Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálicos. **Rev. Esc. Enferm. USP**. [Em linha]. 44 (3) (2010) [Consultado em 27.10.2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/29.pdf>>

OLIVEIRA, C.B. - **Avaliação do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após Acidente Vascular Encefálico**. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. [Em linha]. 2008. [Tese de Doutorado em Neurologia]; 168 p. [Consultado em 27.10.2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-21012009-120402>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Conselho de Enfermagem. Lisboa. Autor. p. 16

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). World Health Report. Genebra, Suíça.

OVANDO, A.C. - Acidente vascular encefálico: comprometimento motor dos membros inferiores e alterações da marcha. **Rev. Digital Buenos Aires**. [Em linha] 14 (132) (2009). [Consultado em 27.10.2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.efdeportes.com/efd132/acidente-vascular-encefalico-na-alteracoes-na-marcha.htm>>

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. [Em linha] Lisboa. (2004). [Consultado em 10.10.2011] Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>>

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - **Recomendações para o tratamento do AVC isquémico**. [Em linha] Lisboa. (2008). Consultado em 10.10.2011] Disponível em WWW: <URL: [http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08\\_Guidelines\\_Portuguese.pdf](http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf)>

PORTUGAL, Ministério da Saúde. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). **Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos**, Lisboa, LIDEL – Edições Técnicas, Lda, 162 p. ISBN: 978-972-757-616-6

REGULAMENTO n.º122/2011.D. R., 2ªSérie, nº 35, 2011-02-18, p. 8648-8649.

REGULAMENTO n.º125/2011.D. R., 2ª Série, nº 35, 2011-02-18, p. 8658-8659.

RIBEIRO, A.P.; SOUZA, E.R.; ATIE, S.; SOUZA, A.C.; SCHILITZ, A.O. - A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciências e saúde coletiva**. [Em linha]. 13(4). (2008). [Consultado em 12.11.2011] Disponível em WWW: < URL: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000400023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000400023&script=sci_arttext)

ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A.J. (1995). **Modelo de Enfermagem**. Alfragide. McGraw - Hill, 3ªed.

SCHERER, M. - Gait Rehabilitation with body weight-supported treadmill training for a blast injury survivor with traumatic brain injury. **Brain Injury**. [Em linha]. 21 (1) (2007) [Consultado em 12.11.2011] Disponível em WWW: < URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=0a7b5ae0b2284298ad9b53c3f63b460a%40sessionmgr4&vid=4&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009529683>>



SCHMID, A.A.; WELLS, C.K.; CONCATO, J.; DALLAS, M.I.; LO, A.C.; NADEAU, S.E.; WILLIAMS, L.S.; PEIXOTO, A.J.; GORMAN, M.; BOICE, L. E.T. - Prevalence, predictors and outcomes of poststroke falls in acute hospital setting. **Journal of Rehabilitation Research & Development**. [Em linha]. 47 (6) (2010) [Consultado em 12.11.2011] Disponível em WWW: <URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=95e40936-e647-4708-a35d340d4e8cfdc6%40sessionmgr113&vid=27&hid=106&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010874854>>

SILVA, A.P. - “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina - **Servir**. (2007). Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.Vol.55 Nº 1-2. p. 11-20

SILVEIRA, L.; MACAGNAM, J.B.A.; FUCK, J.A.B.; LAGANA, M.T.C. - Medida de independência Funcional. Um desafio para a enfermagem. **Rev. Saúde Pública**. [Em linha]. 4(1) (2011) [Consultado em 12.10.2010] Disponível em WWW: <URL:

<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/92/135>>

SOUZA, J.W.T.; ARAUJO, K.P.; ROBERTO, M.; SILVA, V.J.; OLIVEIRA, G.N. **Ttraumatismo Cranioencefálico. Directório de Artigos Gratuitos**. [Em linha]. (2009). [Consultado em 12.12.2010] Disponível em WWW: <URL:

<http://www.artigonal.com/medicina-artigos/traumatismo-cranioencefalico-tce-872123.html>>

TEIXEIRA, C.P.; SILVA, L.D. - As Incapacidades físicas de pacientes com acidente Vascular cerebral : Ações de enfermagem. **Enfermaria Global**. [Em linha] nº 15. (2009). p. 1-12. [Consultado em 12.12.2010] Disponível em WWW: <URL:

[http://scielo.isciii.es/pdf/eq/n15/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eq/n15/pt_revision1.pdf)>

VENTURA, M.C.A.A. - Influência do Hemisfério Afectado na reabilitação do doente com Acidente Vascular Cerebral. **Revista Referência**. [Em linha] nº5. (2000) [Consultado em 12.10.2010] Disponível em WWW: <URL:

[http://www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=129&codigo](http://www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=129&codigo)>

WALKER, W.C; PICKETT, T.C - Motor impairment after severe traumatic brain injury: A longitudinal multicenter study. **Journal of Rehabilitation research & Development**. [Em linha]. 44 (7) (2007) [Consultado em 12.12.2010] Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=27729def-2a07-41ca-8d8b-c82af360cd61%40sessionmgr13&vid=94&hid=11&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009762338>>

WEATHERALL, M.; LORD, S.E.; MCPHERSON, K.; MCNAUGHTON, H.K.; ROCHESTER, L. - Community ambulation after stroke: how important and obtainable is it and what measures appear predictive? **Arch Phys Med Rehabil**. [Em linha]. 85 (2) (2004) [Consultado em 12.12.2011] Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=59528748-a708-42aa-bdd2-89bc4759235c%40sessionmgr10&vid=19&hid=21&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009945795>>

WEERDESTeyN, V.; NIET, M.; Duijnhoven, H.J.R.V.; GEURTS, A.C.H. - Falls in individuals with stroke. **Journal of Rehabilitation Research & Development**, [Em linha]. 45(8) (2008) [Consultado em 12.12.2011] Disponível em WWW: <URL: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/08/45/8/pdf/weerdesteyn.pdf>>

**ANEXOS**







**Quadro 1 - Formulação da pergunta PI[C]0**

				PALAVRAS – CHAVE: Rehabilitation (R) Traumatic Brain Injury (T) Stroke (S) Gait (G) Falls (F)
<b>P</b>	<b>Participantes</b>	<b>Quem foi estudado?</b>	<b>Pessoa com alterações neurológicas</b>	
<b>I</b>	<b>Intervenções</b>	<b>O que foi feito?</b>	Reeducação funcional para a marcha	
<b>(C)</b>	<b>Comparações</b>	Podem existir ou não	-----	
<b>O</b>	<b>Outcome</b>	Respostas/efeitos/ Consequências	Influência no risco de queda	

**Quadro 2** - Artigos obtidos em pesquisa na EBSCO com os descritores isolados

<b>CINAHL e MEDLINE</b>	<b>Sem Filtro Cronológico e Sem <i>full text</i></b>	<b>Filtro Cronológico 2007-2011 e <i>full text</i></b>
<b>Rehabilitation (R)</b>	<b>91221</b>	<b>10481</b>
<b>Stroke (S)</b>	<b>121434</b>	<b>13700</b>
<b>Gait (G)</b>	<b>24414</b>	<b>2680</b>
<b>Falls (F)</b>	<b>27379</b>	<b>3316</b>
<b>Traumatic Brain Injury (T)</b>	<b>15245</b>	<b>2271</b>
<b>TOTAL DE ARTIGOS</b>	<b>279693</b>	<b>32448</b>



**Quadro 3** - Artigos obtidos em pesquisa na EBSCO com a conjugação dos descritores, após filtro cronológico e *full text* e depois de aplicados critérios de inclusão e exclusão

Conjugação de artigos	Nº de artigos após conjugação	Artigos após conjugação com critérios de inclusão
R+S+G+F+T	0	-----
R+S+G+F	8	4
R+S+G	87	2
R+G+F+T	0	-----
R+G+F	2	2
R+G+T	2	2
R+S+F	33	1
R+S+T	21	1
R+F+T	1	1
<b>TOTAL DE ARTIGOS</b>	154	13

**Quadro 4** - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos

<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Artigos com cerne na problemática da pessoa com alterações neurológicas (AVC e/ou TCE)</li><li>• Artigos com correlação com o objeto de estudo</li><li>• Artigos em língua portuguesa ou inglesa</li><li>• Estudos com relevância científica</li><li>• Estudos mais recentes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estudos que não se relacionem com o objeto de estudo</li><li>• Língua chinesa</li><li>• Artigos com metodologia pouco clara</li><li>• Artigos que abordam pessoa com alterações neurológicas com idade inferior a 18 anos</li></ul>

**Quadro 5 –** Prevalence, predictors, and outcomes of poststroke falls in acute hospital setting

<b>Estudo</b>	<p>“Prevalence, predictors, and outcomes of poststroke falls in acute hospital setting”(2010)</p> <p>A. A. SCHMID; C. K. WELLS; J.CONCATO; M.I.DALLAS; A.C. LO; S.E. NADEAU; L. S. WILLIAMS; A. J. PEIXOTO; M.GORMAN; J. L.BOICE; F.STRUVE; V. MCCLAIN; D. M. BRAVATA.</p>	
<b>Participantes</b>	Pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico em internamento	
<b>Intervenções</b>	<p>Análise secundária aos dados de um estudo de coorte retrospectivo de registos médicos de pacientes com AVC e AIT internados num hospital. Foi usado a regressão logística para identificar fatores associados às quedas no internamento e estudar a associação entre as quedas e a perda de função.</p>	
<b>Resultados</b>	<p>Foi conhecido que 5% dos pacientes com isquemia cerebral caiu durante o internamento, na fase aguda e que a gravidade do AVC e a história de ansiedade estão associados à queda de forma independente. Também a perda de capacidade funcional após o AVC está associada às quedas. Nesta análise foi identificado que a queda é um fator importante a considerar mesmo antes de a pessoa transitar para a reabilitação sendo sugerido pelos autores a necessidade de prevenção das quedas logo após o AVC. Segundo estes autores cada paciente deve ser rastreado para as quedas, mas se isso não for possível, os resultados desta análise permitem indicar recursos para triagem e tratamento como a escala de NIHSS.</p> <p>Nesta análise verificou-se que a ansiedade está relacionada com a queda e com o medo de cair, contribuindo para a perda da funcionalidade no desenvolvimento das atividades de vida diárias.</p> <p>Os autores concluíram que dada a associação entre as quedas e as alterações do estado funcional as intervenções de reabilitação devem se implementadas de forma precoce, de forma a evitar as quedas após o AVC</p>	
<b>N.º Artigo: 2</b>	<b>Nível Evidência: V</b>	<b>Estudo:</b> observacional, descritivo

**Quadro 6 – Motor impairment after severe traumatic brain injury: A longitudinal multicenter study**

<b>Estudo</b>	“Motor impairment after severe traumatic brain injury: A longitudinal multicenter study”(2007) WALKER, W.C; PICKETT, T.C.
<b>Participantes</b>	102 pessoas com TCE grave seguidas num centro de reabilitação para TCE com avaliação na fase aguda após colheita de dados e 3 avaliações completas(6 meses,12 meses e 2 anos de follow-up)
<b>Intervenções</b>	Avaliação das pessoas, com o intuito de compreender o comprometimento motor de forma longitudinal durante a avaliação de neurológica de rotina e determinar os comprometimentos motores mais frequentes, a curto e longo prazo.  Uma equipa de médicos realizou um exame neurológico estruturado que incluiu medidas das seguintes variáveis de interesse: paresia, distúrbios do movimento, ataxia e instabilidade postural.
<b>Resultados</b>	Neste estudo as pessoas, mostraram no exame neurológico uma recuperação geral ao nível do padrão motor, que diminuiu após os 6 meses de follow-up. Neste estudo observou-se que é comum a existência de comprometimento neuromotor residual a longo prazo nos TCE graves. Mais de um terço dos indivíduos continuou ter um exame neuromotor com alterações após dois anos do internamento de reabilitação.  Os resultados do estudo corroboram a importância de avaliar a estabilidade postural através da marcha. Verificou-se que o padrão da marcha em mais de um quarto das pessoas, se mantém alterado até aos dois anos após o internamento.  Segundo os autores a equipa de saúde deve considerar o efeito residual das disfunções neuromotoras, mesmo após a aquisição da independência física e, implementar estratégias de tratamento adequado.  Os autores referem literatura onde se defende a relação entre as alterações do sistema vestibular e o equilíbrio nos TCE. E daí a importância e a eficácia da terapia física para os distúrbios vestibulares com exercícios de adaptação vestibular de substituição, exercícios para perda da função vestibular, educação no uso de dispositivos auxiliares e técnicas de sensibilização evitar quedas, assim como, o ensino de exercícios de equilíbrio e marcha, e exercícios de flexibilidade, o uso de outros órgãos dos sentidos variados para ajudar na manutenção do

	<p>equilíbrio.</p> <p>Independentemente da intervenção escolhida, o progresso deve ser monitorizado com medidas de resultados mensuráveis.</p>	
<b>N.º Artigo: 54</b>	<b>Nível Evidência: IV</b>	<b>Estudo:</b> coorte longitudinal

**Quadro 7 – An Integrative Review of Factors Associated With Falls During Post-Stroke Rehabilitation**

<b>Estudo</b>	<b>“An Integrative Review of Factors Associated With Falls During Post-Stroke Rehabilitation” (2010)</b> <b>CAMPBELL, Grace B.; MATTHEWS, Judith Tabolt</b>	
<b>Participantes</b>	Análise de 14 artigos que descrevem as investigações empíricas dos fatores de risco para a queda após o AVC durante o internamento para reabilitação	
<b>Intervenções</b>	Foram extraídos dos estudos informações sobre a amostra, potenciais fatores de risco, análise dos métodos, resultados e limitações dos 14 artigos que se incluíam nos critérios de seleção para esta revisão.	
<b>Resultados</b>	<p>Parece haver evidência empírica para identificar como fatores de risco para a ocorrência de quedas durante a hospitalização, a diminuição do equilíbrio, hêmiplegia e o desempenho prejudicado nas AVD. Ficou menos claro a associação entre as quedas e a função cognitiva, a incontinência, os déficits nos campos visuais e o tipo de AVC. Nesta revisão não são evidentes as relações entre as quedas e a idade, o sexo, a localização do AVC assim como com os problemas de visão e audição.</p> <p>Este estudo permitiu identificar, apesar da escassa literatura, que os déficits após um AVC que afetam o equilíbrio, a percepção e o autocuidado, contribuem de forma significativa para o aumento da probabilidade das quedas.</p> <p>Na conclusão os autores defendem a necessidade de um modelo conceptual para orientar a investigação científica e a prática clínica nesta área, com o intuito de evitar as quedas e prevenir os efeitos catastróficos, ao identificar os fatores de risco.</p>	
<b>N.º Artigo: 11</b>	<b>Nível Evidência: V</b>	<b>Estudo:</b> revisão sistemática da literatura

**Quadro 8 – Risk factors for falls in stroke patients during inpatient rehabilitation**

<b>Estudo</b>	<b>“Risk factors for falls in stroke patients during inpatient rehabilitation” (2009)</b> <b>CZERNUSZENKO, Anna ; CZLONKOWSKA, Anna</b>
<b>Participantes</b>	Pacientes internados numa ala de reabilitação neurológica após AVC, entre 1 de Junho de 2002 e 31 de Janeiro de 2006
<b>Intervenções</b>	Observação dos indivíduos durante o período de internamento para reabilitação pós – AVC e colheita de dados através de um formulário com categorias; registo de quedas referidas pelos pacientes e familiares e notas efetuadas após cada evento de queda.
<b>Resultados</b>	<p>Neste estudo parece evidente o aumento do risco de queda fortemente associado às deficiências resultantes do AVC.</p> <p>Uma história anterior de queda e a idade superior a 65 anos também parece condiciona eventuais episódios de quedas.</p> <p>É reconhecido pelos autores que este é o primeiro estudo, a fazer uma análise da relação entre as quedas e os resultados da reabilitação. Aqui fica patente a relação entre o risco de quedas e a recuperação da função.</p> <p>Verificou-se que as taxas de queda diminuíram nas semanas subsequentes à hospitalização. Estas ocorreram sobretudo durante o dia com picos de incidência em torno do meio – dia. A ocorrência de quedas, neste estudo, verificou-se sobretudo em atividades como as transferências, mudanças de posição e durante a posição de sentado em cadeira de rodas. Neste estudo, os pacientes que experienciaram as quedas, tinham deficiências graves mas apresentaram melhoria do seu estado funcional, logo após o aparecimento do AVC. Isto parece sugerir que um evento como a queda no início do processo de reabilitação pode indiciar uma boa recuperação funcional. Os autores deixam a sugestão que as quedas podem ser um resultado da motivação extrema dos pacientes, para recuperar a independência nas AVD.</p> <p>Os resultados deste estudo confirmam a relação entre o desempenho das AVD e o risco de queda. Fica evidente que a avaliação das ADV é uma ferramenta importante para identificar as pessoas com alto risco de queda, tal como o uso de testes funcionais.</p> <p>Neste estudo não foi reconhecida a relação das quedas com a negligência do hemisfério. Neste estudo é sugerido que uma avaliação dos pacientes durante as atividades, permite identificar mais fatores de</p>

	<p>risco do que apenas fazer uma avaliação por escalas de comprometimento. Os autores defendem que os objetivos da reabilitação devem ser definidos tendo em conta as atividades suscetíveis de promover os eventos de quedas como as transferências, mudanças de posição e tarefas de execução na posição de sentado.</p>	
<b>N.º Artigo: 8</b>	<b>Nível Evidência: IV</b>	<b>Estudo: coorte prospetivo</b>



ANEXO II – Projetos de estágio.



# **PROJECTO DE ESTÁGIO**

**Cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto  
hospitalar, à pessoa e/ou família com alterações  
neurológicas não traumáticas**



## 0 – INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas, respiratórias e músculo-esqueléticas, contribuem para a perda de autonomia da pessoa e/ou família de uma forma permanente e prolongada, originando situações de dependência a vários níveis. Associado ao aumento destas doenças crónicas e incapacitantes, o aumento da esperança de vida vem exigir dos técnicos de saúde, mais e melhores respostas nos cuidados de saúde à pessoa e/ou família.

A Enfermagem de Reabilitação surge neste contexto direccionando o seu foco de atenção para a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças tal como para a readaptação funcional aos défices e/processos de vida, não deixando de parte a reinserção social de cada pessoa. Esta pretende promover a autonomia do indivíduo ao nível das Actividades e Vida, melhorar a função, limitar as incapacidades, preservar a auto-estima e acima de tudo dar qualidade de vida à pessoa e/ou família ao longo do ciclo vital.

De acordo com o Plano de Estudos do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação aprovado para o 1º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, este pretende assegurar que os mestrandos adquiram competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Em concordância com os objectivos do curso, e no seguimento da Unidade Curricular Estágio II, foi proposta a elaboração de um projecto de estágio, sendo que o principal objectivo do mesmo é constituir-se como um suporte de orientação e desenvolvimento do Estágio, não só para os mestrandos mas também para o enfermeiro tutor.

Este projecto desenvolver-se-á durante o Estágio II (num Serviço de Medicina, do Centro Hospitalar Médio Tejo - Torres Novas), entre os dias 4 de Outubro e 29 de Outubro de 2010.

O Estágio II tem como objectivos que a mestranda seja capaz de:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares /interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência

cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.

- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.

Neste contexto, após uma revisão sistemática da literatura e delinear linhas orientadoras para a prática, pretende-se prestar cuidados de enfermagem de reabilitação nesta área, contribuindo para a reabilitação da pessoa e/ou família com alterações neurológicas não traumáticas.

O actual projecto tem como tema ***“Cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto hospitalar, à pessoa e família com alterações neurológicas não traumáticas”*** e a sua execução decorrerá no período supra citado.

É de salientar o carácter dinâmico e adaptativo deste projecto, o qual poderá ser alvo de modificações, se assim se aprouver, no decurso do estágio, tendo em conta as necessidades identificadas ao longo do processo de aprendizagem da mestranda.

No Capítulo 1 sob forma de quadro são delineados os objectivos, definidas as actividades assim como, quem e quando serão desenvolvidas as mesmas.

O desenvolvimento ou implementação do projecto será apresentado posteriormente, através de um relatório de contexto onde se pretende reflectir de forma crítica e fundamentada, sobre a implementação do projecto, os resultados do processo de aprendizagem, os seus benefícios e os obstáculos encontrados.

## 1- PLANO DE ACTIVIDADES

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<p><b>Conhecer a estrutura orgânica e funcional do Serviço de Medicina do CHMT – Torres Novas</b></p>	<p>✓ Reunir com o Enf. António José (Enfermeiro Especialista de Reabilitação – enfermeiro tutor), no sentido de aprofundar conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organização, funcionamento e filosofia do serviço;</li> <li>- Constituição da equipa interdisciplinar do serviço;</li> <li>- Instrumentos de registos utilizados pela equipa de enfermagem (SAPE) e SAM;</li> <li>- Articulação entre o serviço, os restantes serviços do hospital e outras instituições;</li> <li>- Projectos e actividades em que o serviço está envolvido;</li> <li>- Horário a realizar durante o ensino clínico.</li> </ul> <p>✓ Visitar às instalações para a identificação e localização dos diversos equipamentos existentes no serviço;</p> <p>✓ Consultar os manuais, normas e protocolos de actuação.</p>	<p>Enfermeiro tutor e mestrand</p>	<p>1ªSemana</p>

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<b>Integrar a equipa interdisciplinar do Serviço de Medicina do CHMT – Torres Novas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participar nas passagens de turno e reuniões de serviço;</li> <li>✓ Observar a dinâmica da equipa interdisciplinar;</li> <li>✓ Desenvolver espírito de equipa e comunicação interdisciplinar;</li> <li>✓ Colabora, participar e interagir com a equipa nas diversas actividades.</li> </ul>	Mestranda e equipa interdisciplinar	04.10.2010 A 29.10.2010
<b>Elaborar projecto individual para o Estágio II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definir objectivos específicos a atingir no Estágio II;</li> <li>✓ Delinear actividades a desenvolver no estágio II: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentar e validar o projecto com o enfermeiro tutor;</li> </ul> </li> <li>✓ Apresentar o projecto validado ao professor coordenador do Estágio II.</li> </ul>	Mestranda e enfermeiro tutor	04.10.2010 A 11.10.2010



Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<p><b>Desenvolver competências na área de Enfermagem de Reabilitação, integrando os conhecimentos adquiridos, na prestação de cuidados especializados à pessoa e/ou família com alterações neurológicas não traumáticas</b></p>	<p>✓ Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações do <b>foro neurológico não traumático</b>;</p> <p>✓ Efectuar avaliação das necessidades em cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, incluindo os seguintes pontos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- História clínica e exames complementares de diagnóstico;</li> <li>- Avaliação funcional da pessoa;</li> <li>- Avaliação do estado de consciência (Escala de Glasgow);</li> <li>- Exame neurológico;</li> <li>- Exame físico, incluindo a <b>Escala de Ashworth</b> para avaliação da espasticidade e a <b>Escala de Lower</b> para a avaliação da força muscular;</li> <li>- Avaliação do grau de dependência do Auto Cuidado recorrendo à <b>Escala de Barthel</b> para avaliação funcional das Actividades da Vida Diária e Actividades da Vida Prática;</li> </ul> <p>✓ Planear exercícios terapêuticos adequados à situação da pessoa e/ou família.</p>	<p>Enfermeiro tutor e mestrando</p>	<p>04.10.10 A 29.10.10</p>

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
Desenvolver competências na área de Enfermagem de Reabilitação, integrando os conhecimentos adquiridos, na prestação de cuidados especializados à pessoa e/ou família com alterações neurológicas não traumáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Executar reabilitação física</b>, prevenindo complicações músculo-esqueléticas e as consequências da imobilidade, contrariando o padrão espástico;</li> <li>✓ Intervir na <b>Reeducação Vesical, Intestinal e Sexual</b>;</li> <li>✓ Intervir na Actividade de Vida <b>Alimentar-se</b>;</li> <li>✓ Intervir na <b>Estimulação cognitiva</b> através da audição, visão, tacto, promover a permanência de objectos pessoais junto do doente, fomentando a intervenção de familiares significativos no processo de reabilitação;</li> <li>✓ <b>Apoio à família</b>, com papel essencial no processo de reabilitação, nomeadamente na identificação de produtos de apoio;</li> <li>✓ <b>Preparar o utente e familiares para a alta</b>, ensinar, instruir, treinar e promover a adopção de estratégias adaptativas;</li> <li>✓ <b>Avaliar</b> com o enfermeiro tutor os cuidados prestados e delinear novas estratégias de intervenção de acordo com a evolução do processo de reabilitação da pessoa e/ou família com alterações neurológicas não traumáticas;</li> <li>✓ <b>Registar</b> as intervenções de enfermagem realizadas no decurso do processo de reabilitação.</li> </ul>	Enfermeiro tutor e mestrando	04.10.10 A 29.10.10

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<p><b>Aprofundar conhecimentos técnico/científicos na área da neurologia com maior incidência nas alterações neurológicas não traumáticas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisão sistemática da literatura relacionada com as alterações neurológicas e de acordo às necessidades sentidas no decorrer do estágio;</li> <li>✓ Observação e actuação conjunta com o enfermeiro tutor nos cuidados prestados à pessoa e/ou família, de acordo com as suas alterações e necessidades individuais;</li> <li>✓ Utilização da metodologia da prática baseada na evidência, com recurso às bases de dados científicas disponíveis.</li> </ul>	<p>Enfermeiro tutor e mestrand</p>	<p>04.10.10 a 29.10.10</p>
<p><b>Reflectir sobre a aprendizagem desenvolvida ao longo do estágio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realização de reuniões informais com o enfermeiro tutor, para reflexão crítica acerca do desempenho na prestação de cuidados de enfermagem especializados no Serviço de Medicina;</li> <li>✓ Reunir com o enfermeiro tutor e o enfermeiro coordenador para discussão e avaliação do estágio;</li> <li>✓ Elaboração de um relatório de contexto, com o intuito de reflectir sobre a aprendizagem desenvolvida no estágio.</li> </ul>	<p>Enfermeiro tutor, mestrand e enfermeiro coordenador</p>	<p>04.10.10 a 29.10.10</p>



## **2 - CONCLUSÃO**

Após a elaboração deste projecto de Estágio, considera-se que o mesmo vai constituir-se como um suporte de apoio para orientação e desenvolvimento do estágio, por parte da mestranda e do enfermeiro tutor. Pretende-se de alguma forma sistematizar as necessidades de aprendizagem.

A mestranda ambiciona, no final do estágio, reflectir sobre o decurso do estágio no Serviço de Medicina, tendo em conta os objectivos propostos no projecto, assim como sobre a importância do enfermeiro de reabilitação integrado numa equipa interdisciplinar, no cuidar da pessoa e/ou família com alterações neurológicas não traumáticas.

Todo este processo contribuirá para o aprofundamento das competências já adquiridas, bem como para o seu crescimento enquanto enfermeiro especialista de reabilitação e acima de tudo enquanto pessoa.

É ainda de salientar a dinâmica do plano de actividades, pelo que poderá estar sujeito a alterações, consoante as necessidades identificadas, ao longo do estágio.



# **PROJECTO DE ESTÁGIO**

**Cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto hospitalar,  
à pessoa/família com alterações neurológicas, de origem  
traumática**





## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

Artº - Artigo

AVD – Actividades de Vida Diária

CMRA – Centro Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Enf. – enfermeiro

ESSS – Escola Superior Saúde Santarém

LVM – Lesões Vertebro – Medulares

nº - número

p. - página

Pgs. – Páginas

RGA – Reabilitação Geral de Adultos



	<b>ÍNDICE</b>	<b>Pgs</b>
	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>117</b>
<b>1-</b>	<b>PLANO DE ACTIVIDADES</b>	<b>121</b>
<b>2-</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>127</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>129</b>



## INTRODUÇÃO

A lesão medular traumática é um acontecimento que marca, de forma imposta, o percurso de vida da pessoa. Este momento é designado por diversos autores como uma “crise”, que implica mudanças na identidade, mudanças de papel, mudanças no apoio social e mudanças no futuro. “ (...) a doença contextualiza-se individual e socialmente, afectando o equilíbrio psicodinâmico do sujeito em relação com o meio envolvente (...)” (OLIVEIRA, 2001, p.25).

Há uma mudança súbita no estado de saúde, que se torna geralmente permanente, com instalação de um quadro de paraplegia ou tetraplegia. Os papéis sociais podem sofrer profundas alterações pela incapacidade, e as expectativas que a pessoa tinha para a sua vida terão de ser reformuladas de acordo com a nova situação. As capacidades motoras e consequentemente a realização das actividades de vida diária ficam afectadas. A pessoa tem de adquirir, durante o processo de reabilitação, novos conhecimentos, comportamentos e habilidades que lhe dêem competências para se readaptar de forma o mais independente possível à vida diária. O objectivo é continuar, sempre que possível, a fazer o que se fazia antes mas de outra maneira.

Assim o enfermeiro que cuida destas pessoas está perante alguém muito dependente, que requer cuidados técnico - instrumentais muito específicos assim como cuidados de reabilitação mas que, em simultâneo, se está a debater com um processo de adaptação a uma nova, complexa e dolorosa realidade na sua vida. O profissional de enfermagem tem assim de estar preparado, não só com habilidades técnico-instrumentais específicas mas, também, com competências relacionais para lidar com as manifestações do processo de adaptação do doente e ajudá-lo a aliviar o sofrimento e a ultrapassar de forma positiva a situação.

De acordo com o Plano de Estudos da ESSS, do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação aprovado para o 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, este estágio pretende assegurar que os mestrandos adquiram competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação também nesta área.

Em concordância com os objectivos do curso, e no seguimento da Unidade Curricular Estágio II, foi proposta a elaboração de um projecto de estágio, sendo que o principal objectivo do mesmo é constituir-se como um suporte de orientação e desenvolvimento do Estágio, não só para a mestranda mas também para o enfermeiro orientador.

Este projecto desenvolver-se-á durante o Estágio II (no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos - RGA, 1º Esquerdo), no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA), entre os dias 6 de Dezembro de 2010 e 21 de Janeiro de 2011.

O Estágio II tem como objectivos que a mestranda seja capaz de:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares /interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.

- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.

Segundo COLLIÈRE (1999, p.324) “ cuidar não pode ser um acto isolado, amputado de toda a inserção social, (...) é um acto social que só atinge a sua plenitude se tiver em conta um conjunto de dimensões sociais”. Também HENRIQUES (2004,p.51) salienta que “O processo de reabilitação deve privilegiar a informação específica (dando os necessários conhecimentos), quer à pessoa deficiente, quer aos seus familiares, de modo a permitir que este responda eficazmente aos desafios de ajuste”.

Neste contexto, após uma revisão sistemática da literatura e delinear linhas orientadoras para a prática, pretende-se prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa e/ou família com lesão neurológica de origem traumática.

O actual projecto tem como tema ***“Cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto hospitalar, à pessoa/família com lesão vertebro – medular, de origem traumática”***e a sua execução decorrerá no período supra citado.

Segundo HOEMAN, (2000) a equipa de reabilitação interdisciplinar colabora com a pessoa deficiente e pessoas significativas, combinando esforços de modo a resolver os problemas e alcançar as metas pré-definidas.

A mestranda considera, que este estágio é uma oportunidade única para contactar, num contexto especializado em afecções neurológicas, com equipas interdisciplinares que trabalham com o objectivo maximizar as capacidades funcionais de cada pessoa, ajudando-a a refazer o seu projecto de vida contribuindo para a melhoria da qualidade de vida ao incrementar a autonomia, assim como a sua participação na sociedade.

A vivência das alterações motoras bem como o confronto com as várias limitações e as sucessivas adaptações a um novo estilo de vida, com repercussões relacionais, sociais, económicas e familiares, requerem o envolvimento e o suporte dos vários profissionais e rede social. Assente neste pressuposto, também HESBEEN (2002, p.63) refere: “(...) o processo de

reabilitação, para além da pessoa que recebe cuidados e da sua família, recorre a inúmeros intervenientes, a diversos profissionais. Todos eles, no lugar que ocupam e com a sua profissão ou actividade, contribuem para a cultura da reabilitação, nas instituições ou serviços especializados”.

Assim neste projecto após a introdução, segue – se o capítulo 1 que apresenta o plano de actividades com os objectivos a que a mestranda se propõem atingir, assim como as actividades a desenvolver e a sua definição cronológica, tal como, os intervenientes nas mesmas.





## 1 - PLANO DE ACTIVIDADES

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<b>Conhecer a dinâmica orgânico funcional do Serviço de RGA do CMR de Alcoitão, com evidência no papel do enfermeiro de reabilitação</b>	<p>✓ Reunião com o Enf. Diogo Neves (Enfermeiro Especialista de Reabilitação – enfermeiro orientador), no sentido de aprofundar conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Filosofia do centro relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados;</li> <li>- Patologias mais frequentes no serviço;</li> <li>- Equipa multidisciplinar do serviço e sua interdisciplinaridade;</li> <li>- Apoios clínicos;</li> <li>- Recursos materiais do serviço;</li> <li>- Metodologia de trabalho e instrumentos de registos utilizados pela equipa de enfermagem;</li> <li>- Articulação do serviço com outros serviços da instituição e outras instituições de apoio na comunidade;</li> <li>- Horário a realizar durante o ensino clínico.</li> <li>- Participar nas passagens de turno e reuniões de serviço;</li> <li>- Colaborar, participar e interagir com a equipa nas diversas actividades.</li> </ul> <p>✓ Consulta de normas e protocolos de actuação do enfermeiro de reabilitação.</p>	Enfermeiro orientador e mestranda	1ª Semana

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<p><b>Elaborar projecto individual para o Estágio II</b></p>	<p>✓ Definição objectivos específicos a atingir no Estágio II;</p> <p>✓ Planeamento das actividades a desenvolver no Estágio II:</p> <p>✓ Apresentação e validação do projecto com o enfermeiro cooperante;</p> <p>✓ Apresentação do projecto validado ao professor coordenador do Estágio II.</p>	<p>Mestranda e enfermeiro orientador</p>	<p>06.12.2010 A 03.01.2011</p>

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<p><b>Prestar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família com lesão neurológica de origem traumática</b></p>	<p>✓ Identificação das necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa/família com alterações do <b>foro neurológico, de origem traumática</b>, incluindo os seguintes pontos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- História clínica e exames complementares de diagnóstico;</li> <li>- Observação e avaliação da pessoa, usando instrumentos de avaliação funcional e neurológica existentes no serviço, nos diferentes níveis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Função cognitiva</li> <li>• Deficiências sensoriais</li> <li>• Condições emocionais</li> <li>• Estado nutricional</li> <li>• Capacidade respiratória</li> <li>• Equilíbrio e mobilidade</li> <li>• AVD e sua capacidade funcional</li> <li>• Condições ambientais/suporte familiar e social</li> </ul> </li> </ul> <p>✓ Elaboração do plano de intervenção adequado à situação da pessoa e/ ou família com alterações neurológicas, de origem traumática com ênfase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>≈ Treino motor (mobilizações terapêuticas; levante e transferências; mobilizações osteoarticulares e fortalecimento muscular; Treino de marcha; exercícios de correcção</li> </ul>	<p>Enfermeiro orientador e mestrando</p>	<p>06.12.10 A 21.01.11</p>

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<b>Prestar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família com lesão neurológica de origem traumática</b>	<p>postural, treino de equilíbrio postural estático e dinâmico com plano inclinado e/ou mesa tipo “<i>standing frame</i>”;</p> <p>≈ Treino de técnicas de reeducação respiratória</p> <p>≈ Treino de controlo de esfíncteres e auto – esvaziamento;</p> <p>≈ Treino de actividades de vida (higiene pessoal, vestir e despir, alimentação) e observação na Unidade de AVD durante dois dias</p> <p>✓ <b>Apoio à família</b>, com papel essencial no processo de reabilitação, nomeadamente na identificação, aquisição e utilização de produtos de apoio;</p> <p>✓ <b>Preparação da pessoa/família para a alta</b>, ensinar, instruir, treinar e promover a adopção de estratégias adaptativas no processo de reabilitação, com ênfase nas mobilizações; transferências e levante; treino vesical com esvaziamentos e treino intestinal;</p> <p>✓ <b>Avaliação conjunta</b> com o enfermeiro orientador das estratégias de intervenção de acordo com a evolução do processo de reabilitação da pessoa e/ou família com alterações neurológicas de origem traumática</p> <p>✓ <b>Registo</b> as intervenções de enfermagem realizadas no decurso do processo de reabilitação.</p>	Enfermeiro orientador e mestranda	06.12.10 a 21.01.11

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<b>Aprofundar conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa com lesão neurológica de origem traumática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisão sistemática da literatura relacionada com as lesões neurológicas de origem traumática e as suas repercussões quer físicas, psicológicas ou sociais;</li> <li>✓ Utilização da metodologia da prática baseada na evidência, com recurso às bases de dados científicas disponíveis, para aprofundar conhecimentos relativamente à fisiopatologia e complicações de decorrentes de uma LVM;</li> <li>✓ Observação e actuação conjunta com o enfermeiro orientador nos cuidados prestados à pessoa e/ou família, de acordo com as alterações físicas, psicológicas e sociais decorrentes das lesão;</li> </ul>	Enfermeiro orientador e mestranda	06.12.10 a 21.01.11
<b>Reflectir sobre a aprendizagem desenvolvida ao longo do estágio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realização de reuniões informais com o enfermeiro orientador, para reflexão crítica acerca do desempenho da formanda na prestação de cuidados de enfermagem especializados no Serviço de RGA 1º esquerdo;</li> <li>✓ Reunir com o enfermeiro orientador e o enfermeiro coordenador para discussão e avaliação do estágio;</li> <li>✓ Elaboração de um relatório de contexto, com o intuito de reflectir sobre a aprendizagem desenvolvida no estágio.</li> </ul>	Enfermeiro orientador, mestranda e enfermeiro coordenador	06.12.10 a 21.01.11



## 2. - CONCLUSÃO

Partindo do princípio de que o cuidar do corpo humano exige, necessariamente, um olhar para a dimensão total do ser, inclusive de sua essência existencial, torna-se imprescindível, para os profissionais da enfermagem, uma maior consciencialização acerca do importante papel que desempenham ao interferir no espaço de privacidade das pessoas dependentes de intervenções, como aqueles que apresentam lesão vertebral medular.

O enfermeiro, ao assistir a pessoa com LVM, tem um papel fundamental não só como educador mas também como conselheiro e consultor, para além de ser o principal responsável pela implementação de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A pessoa enquanto enfermeiro especialista, assume um papel primordial, acrescido de responsabilidades em todo o seu desenvolvimento pessoal e profissional, que visa desenvolver competências de atitude científica, técnica, humana, como base para a prática especializada.

A mestranda pretende desenvolver o seu processo de aprendizagem centrado nos objectivos definidos no plano de actividades que pretende, de alguma forma sistematizar as necessidades de aprendizagem no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com LVM.

HESBEEN (2001, p.64) refere que “Tudo aquilo que é vivido, no dia-a-dia, por quem presta cuidados, contribui para enriquecer as suas qualidades”. No entanto salienta que a experiência só gera conhecimento se for reflectida, discutida e conceptualizada. E acrescenta que a “reflexão sobre a experiência é imprescindível nas profissões dos que cuidam desde que estes queiram decididamente abordar a pessoa e não apenas o seu corpo”. (p.65)

Tendo em conta o pressuposto de Hesbeen, a mestranda espera reflectir no relatório de contexto, sobre o processo e os resultados da aprendizagem desenvolvida ao longo do estágio II no contexto neurológico traumático.





## **BIBLIOGRAFIA**

COLLIÈRE, Françoise (1999). **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**, 2ª ed. Lisboa: Lidel- edições técnicas , 1999. 385 p. ISBN 972-757-109-3.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa nº 11/89 de 24 de Agosto

HENRIQUES, Fernando (2004) – **Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida**, Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-39-5.

HESBEEN, Walter (2001) - **Qualidade em enfermagem - pensamento e acção na perspectiva do cuidar**, Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-20-7.

HESBEEN, Walter (2002). **A Reabilitação, criar novos caminhos**. Loures: Lusociência, p. 166. ISBN 972-8383-43-6.

HOEMAN, S. (2000) **Enfermagem de Reabilitação, aplicação e Processo**. 2ªed.Loures: Lusociência, p.787, ISBN: 972-8383-13-4.

OLIVEIRA, Rui Aragão (2001) – **Psicologia clínica e reabilitação física**, Lisboa: ISPA



# **PROJECTO DE ESTÁGIO**

**Cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto hospitalar,  
à pessoa/família com AVC na fase aguda**



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

DGS - Direcção Geral de Saúde

Enf. – enfermeiro

ESSS – Escola Superior Saúde Santarém

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

nº - número

p. - página

Pgs. – Páginas

U – AVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral



	<b>ÍNDICE</b>	<b>Pgs</b>
	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>137</b>
<b>1-</b>	<b>PLANO DE ACTIVIDADES</b>	<b>139</b>
<b>2-</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>145</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>147</b>





## INTRODUÇÃO

A nível mundial, o AVC (acidente vascular cerebral) é um dos problemas de maior relevância em termos de saúde pública, surgindo na terceira posição, como causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos. Em Portugal situa-se no topo da lista.

Sabe-se que, quando as manifestações vasculares surgem, o encaminhamento para uma unidade hospitalar, deve ser rápido. Nesta altura, o tratamento do AVC passa a ser uma emergência, implicando uma actuação oportuna, rápida e com procedimentos sistematizados.

Neste sentido a Direcção Geral de Saúde (DGS) publicou, em 2001 as recomendações para o desenvolvimento das Unidades de AVC e desde então têm surgido por todo o país, hospitais nos quais foi implementado esta valência.

O tratamento intra – hospitalar, implica uma serie de procedimentos e cuidados que requerem o envolvimento de uma equipa multidisciplinar, com preparação específica.

A actuação da equipa de enfermagem é reconhecida pela equipa interdisciplinar, como fundamental, no acompanhamento das pessoas com AVC. É-lhe declarada a responsabilidade de definir e uniformizar os procedimentos do cuidar, desde a fase aguda até à alta hospitalar, uma vez que esta uniformização tende a minimizar as consequências físicas e emocionais, a prevenir as complicações e ao mesmo tempo permite iniciar o processo de reabilitação tão precocemente quanto possível.

Também é reconhecido o papel do enfermeiro como educador da pessoa/família relativamente ao auto cuidado, quando ensina demonstra e treina técnicas de mobilização, transferências, alimentação, higiene, eliminação e vestir /despir. A continuidade dos cuidados e o apoio fora do hospital depende do estabelecimento de uma comunicação, entre o enfermeiro e outros técnicos, uma vez que este se torna o elemento facilitador para a transmissão de informações.

Após a alta hospitalar, tendo em conta a elevada morbilidade do AVC, é necessário a continuidade dos cuidados de reabilitação, que devem ser iniciados de forma precoce e prosseguirem, tanto nas outras unidades como no domicílio.

Perante estes pressupostos, a mestrand, optou por desenvolver o seu estágio de opção numa Unidade de AVC, uma vez que no seu contexto de trabalho, existe a possibilidade de vir a existir uma unidade desta natureza. Já como enfermeira especialista em cuidados de enfermagem de reabilitação, num futuro próximo, pensa poder cooperar não só para a sua

implementação mas, contribuir com competências científica, técnicas, humanas e culturais na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa /família com AVC, tal com se preconiza no Plano de Estudos da ESSS, para o 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação aprovado para o 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Em concordância com os objectivos do curso, e no seguimento da Unidade Curricular Estágio II, foi proposta a elaboração de um projecto de estágio, sendo que o principal objectivo do mesmo é constituir-se como um suporte de orientação e desenvolvimento do Estágio, não só para a mestranda mas também para o enfermeiro orientador.

Este projecto desenvolver-se-á durante o Estágio II (no Serviço de Medicina IV: U - AVC), no Hospital de S. Francisco Xavier (HSFX), entre os dias 24 de Janeiro de 2011 e 18 de Fevereiro de 2011.

O Estágio II tem como objectivos que a mestranda seja capaz de:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares /interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.

- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.

Neste contexto, após uma revisão sistemática da literatura e delinear linhas orientadoras para a prática, pretende-se prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa/família com AVC numa fase aguda da doença.

O actual projecto tem como tema ***“Cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto hospitalar, à pessoa/família com AVC na fase aguda”*** e a sua execução decorrerá no período supra citado. Após a introdução, segue – se o capítulo 1 que apresenta o plano de actividades com os objectivos a que a mestranda se propõem atingir, assim como as actividades a desenvolver e a sua definição cronológica, tal como, os intervenientes nas mesmas.

## 1- PLANO DE ACTIVIDADES

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<b>Conhecer a dinâmica da U - AVC do Serviço de Medicina IV do HSFX, com evidência no papel do enfermeiro de reabilitação</b>	<p>✓ Reunião com a Enf.<sup>a</sup> Ida Lourenço (Enfermeira Especialista de Reabilitação – enfermeira orientador), no sentido de aprofundar conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Via Verde do AVC</li> <li>-Equipa interdisciplinar do serviço;</li> <li>-Apoios clínicos;</li> <li>-Recursos materiais do serviço;</li> <li>-Metodologia de trabalho e instrumentos de registos utilizados pela equipa de enfermagem;</li> <li>-Articulação da U - AVC com outros serviços da instituição e outras instituições de apoio na comunidade;</li> <li>-Horário a realizar durante o ensino clínico.</li> <li>-Participar nas passagens de turno e reuniões de serviço;</li> <li>- Colaborar, participar e interagir com a equipa nas diversas actividades.</li> </ul> <p>✓ Consulta de normas e protocolos de actuação do enfermeiro de reabilitação.</p>	Enfermeira orientadora e mestrand	1ªSemana

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<b>Elaborar projecto individual para o Estágio II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definição dos objectivos específicos a atingir no Estágio II;</li> <li>✓ Planeamento das actividades a desenvolver no Estágio II:</li> <li>✓ Apresentação e validação do projecto com a enfermeira orientadora;</li> <li>✓ Apresentação do projecto validado ao professor coordenador do Estágio II.</li> </ul>	Mestranda e enfermeira orientadora	02.02.2011 A 18.02.2011

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<p><b>Prestar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa e/ou família com AVC na fase aguda</b></p>	<p>✓ Identificação das necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa/família com AVC na fase aguda, incluindo os seguintes pontos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- História clínica e exames complementares de diagnóstico;</li> <li>- Observação e avaliação da pessoa, usando instrumentos de avaliação funcional e neurológica (Escala de NIHSS; Escala de Comas de Glasgow; Escala de Lower; Escala de Asworth; Escala de Braden) existentes no serviço, nos diferentes níveis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Função cognitiva</li> <li>• Deficiências sensoriais</li> <li>• Condições emocionais</li> <li>• Estado nutricional</li> <li>• Capacidade respiratória</li> <li>• Equilíbrio e mobilidade</li> <li>• Condições ambientais/suporte familiar e social</li> </ul> </li> </ul> <p>✓ Elaboração do plano de intervenção adequado à situação da pessoa/ou família com AVC na fase aguda tendo em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações da mobilidade (posicionamentos inibidores da espasticidade e massagem; síndrome do ombro doloroso; exercícios de mobilização no leito, levante e transferências);</li> <li>- Alterações na comunicação;</li> <li>- Alteração da eliminação vesical e intestinal;</li> </ul>	<p>Enfermeira orientadora e mestrande</p>	<p>02.02.11 a 18.02.11</p>

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<p><b>Prestar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa /família com AVC na fase aguda</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações na alimentação (alterações da consciência ou problemas neurológico/motores que condicionam a alimentação);</li> <li>- Alterações relacionadas com a higiene corporal e vestuário;</li> <li>- Alterações visuais e sensoriais;</li> <li>- Alterações cognitivas e emocionais</li> <li>✓ <b>Apoio à família</b>, com papel essencial no processo de reabilitação, nomeadamente na identificação e utilização de produtos de apoio;</li> <li>✓ <b>Preparação da pessoa/família para a alta</b>, ensinar, instruir, treinar e promover a adopção de estratégias adaptativas no processo de reabilitação, com ênfase nos posicionamentos anti - espásticos; auto - cuidado; auto – mobilizações; transferências e levante;</li> <li>✓ <b>Avaliação conjunta</b> com a enfermeira orientadora das estratégias de intervenção de acordo com a evolução do processo de reabilitação da pessoa/família com AVC;</li> <li>✓ <b>Registo</b> das intervenções de enfermagem realizadas no decurso do processo de reabilitação da pessoa/família;</li> </ul>	<p>Enfermeira orientadora e mestrande</p>	<p>02.02.11 a 18.02.2011</p>

Objectivos Específicos	Actividades Planeadas	Intervenientes	Quando
<b>Aprofundar conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa/família com AVC na fase aguda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisão sistemática da literatura relacionada com as alterações decorrentes de um Acidente Vascular Cerebral e as suas repercussões quer físicas, psicológicas ou sociais;</li> <li>✓ Utilização da metodologia da prática baseada na evidência, com recurso às bases de dados científicas disponíveis, para aprofundar conhecimentos relativamente à fisiopatologia e complicações de decorrentes de uma AVC;</li> <li>✓ Observação e actuação conjunta com a enfermeira orientadora nos cuidados prestados à pessoa/família, de acordo com as alterações físicas, psicológicas e sociais decorrentes das lesões;</li> </ul>	Enfermeira orientadora e mestranda	24.01.11 a 18.02.11
<b>Reflectir sobre a aprendizagem desenvolvida ao longo do estágio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realização de reuniões informais com a enfermeira orientadora, para reflexão crítica acerca do desempenho da formanda na prestação de cuidados de enfermagem especializados na U - AVC;</li> <li>✓ Reunir com a enfermeira orientadora e o enfermeiro coordenador para discussão e avaliação do estágio;</li> <li>✓ Elaboração de um relatório de contexto, com o intuito de reflectir sobre a aprendizagem desenvolvida no estágio.</li> </ul>	Enfermeira orientadora, mestranda e enfermeiro coordenador	24.01.11 a 18.02.11





## **2 - CONCLUSÃO**

O sofrimento e os custos sociais originados pelo AVC fazem deste, uma doença social. As consequências negativas atingem, não só a pessoa mas também a família, a sociedade e o Sistema de Saúde, tornando-se por isso um dos maiores problemas da saúde pública.

MARTINS (2006, p. 5) refere que “para os que não morrem as sequelas são relativamente frequentes, graves e variadas, com manifestações motoras ou cognitivas, a par de manifestações e consequências sociais (...)”.

O AVC obriga muitas vezes a pessoa a voltar à latência em termos de necessidade da satisfação das necessidades básicas. É preciso um trabalho conjunto e organizado, dos diferentes profissionais de saúde, que a ajude a caminhar no sentido da independência, reajustando -se de forma progressiva às incapacidades e ao reaprender das suas actividades de vida diárias.

Assim constitui-se hoje, como fundamental, a necessidade de equipas interdisciplinares que prestem cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes com AVC, sendo que estes devem enfatizar as capacidades de auto - cuidado, no sentido de estabelecer um padrão normal de vida.

A mestranda pretende desenvolver o seu processo de aprendizagem centrado nos objectivos definidos no plano de actividades que pretende, de alguma forma sistematizar as necessidades de aprendizagem no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com AVC na fase aguda.

Posteriormente, a mestranda espera reflectir no relatório de contexto, sobre o processo e os resultados da aprendizagem desenvolvida ao longo deste estágio.



## **BIBLIOGRAFIA**

BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui (2010). **Reabilitação da pessoa com AVC**. Coimbra: Formasau – Edições Sinais Vitais, 152 p.ISBN 978-989-8269-09-6

COLLIÈRE, Françoise (1999). **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**, 2ª ed. Lisboa: Lidel- edições técnicas , 1999. 385 p. ISBN 972-757-109-3.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). **Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos**, Lisboa, LIDEL – Edições Técnicas, Lda, 136 p.ISBN: 978-972-757-616-6

HESBEEN, Walter (2001) - **Qualidade em enfermagem - pensamento e acção na perspectiva do cuidar**, Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-20-7.

HOEMAN, S. (2000) **Enfermagem de Reabilitação, aplicação e Processo**. 2ªed.Loures: Lusociência, p.787, ISBN: 972-8383-13-4.

MARTINS, Teresa (2006). **Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores**. Coimbra: Formasau – Edições Sinais Vitais, ISBN 972-45-65-4





# A ESPASTICIDADE NO AVC

## PADRÃO ESPÁSTICO

- Inclinação lateral da cabeça para o lado afectado, com rotação para o lado são
- Retracção da omoplata com depressão do ombro
- Rotação interna e adução da articulação escapulo-umeral
- Flexão do cotovelo, punho e dedos com adução destes
- Pronação do antebraço
- Inclinação lateral do tronco para o lado afectado
- Rotação externa e extensão do membro inferior com inversão e flexão plantar



## PADRÃO ANTI-ESPÁSTICO

- Manter cabeça alinhada com o tronco
- Protracção da omoplata
- Rotação externa da articulação escapulo-umeral com abdução
- Extensão do cotovelo, punho e dedos com abdução destes
- Supinação do antebraço
- Extensão do tronco com bácia posterior da bacia
- Alinhamento anatómico do membro inferior com flexão da coxa e joelho
- Dorsiflexão da tíbia - társica

## PADRÃO ESPÁSTICO NO AVC

## COMO PREVENIR A ESPASTICIDADE ATRAVÉS DE UM CORRECTO POSICIONAMENTO



- Protracção do ombro
- Rotação externa da articulação escapulo-umeral com abdução
- Antebraço em supinação
- Punho em extensão



## DECÚBITO LATERAL PARA O LADO SÃO

- Ombro em protracção com zona palmar de frente para o leito
- Dedos em extensão e abdução



## DECÚBITO LATERAL PARA O LADO SÃO

- Perna lesada à frente com joelho na posição natural de flexão.
- Tronco sem almofadas



## DECÚBITO LATERAL PARA O LADO AFFECTADO

- Ombro em protracção com cotovelo e punho em extensão
- Mão lesada em supinação
- Perna lesada com leve flexão da coxo-femural e joelho
- Perna sã em flexão sobre uma almofada de suporte